

Febrero de 1921

REVISTA DE LA
SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA
Y CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Dirección y Administración
Llanos No. 625

PUBLICACION MENSUAL

PRECIO DE SUSCRIPCION

Al trimestre.....\$3. 00
Al semestre 6.00
En el Extr. al año... 20.00

SUMARIO

El primer año de la reforma. EDITORIAL

Clínica Obstétrica... DR. E. FEBRES ODRIUZOLA

La evolución del
concepto quirúr-
gico y sus dife-
rentes eras..... DR. FRANCISCO GRAÑA

Estado actual de
nuestros conoci-
mientos sobre las
ictericias..... SANTIAGO SANCHEZ CHECA

Conversatorio clínico
Un caso de gan-
grena, simétrica
de las extremida-
des..... VICTOR M. TRIGOZO

Un caso de embara-
zo ectópico con em-
barazo uterino..... JOSE A. LINARES

Nota clínica..... JUAN VOTO BERNALES

NOTAS Y COMENTARIOS

CUESTIONES ESTUDIANTILES



COMITE DE REDACCION

CARLOS SHOWING, Director.

JUAN F. VALEGA, JUAN MONTEVERDE,
TELÉMACO BATTISTINI. PEDRO WEIS
AMADOR MERINO REINA.

LUIS F. BUSTAMANTE, Secretario y
Administrador.

Lima - Perú

Año I - No. 5

Centro de Estudiantes de Medicina

BIBLIOTECA

El Centro ha abierto una cuenta especial en la casa E. Bougault de París; lo que nos permite hacer pedidos de libros y revistas con la mayor prontitud y esmero.

Aproveche Ud. del cambio: con poco dinero, puede formar una pequeña Biblioteca.

LE FACILITAMOS CATALOGOS

Estudiantes:

Porta objetos = Cubre objetos

TUBOS DE PRUEBA

JERINGAS HIPODERMICAS

DE 2, 5, 10, 20 c. c.

BISTURIS, CAJAS DE DISECCION,

SONDAS, etc.

HAN RECIBIDO

TRUEL & Cía.

Jesús Nazareno, 13

LABORATORIO

Químico -- bacteriológico

de

Juan Monteverde

Se hace toda clase de investigaciones químicas y bacteriológicas.

REACCIÓN DE WASSERMANN

GENERAL 259

Teléfono 2914

ESTUDIANTES!

A LOS MEJORES PRECIOS:

Instrumentos quirúrgicos

Termómetros

Jeringas hipodérmicas

Guantes

Agujas de acero

id de platino

Cat-gut-

Probetas

Medidas de cristal graduadas

Surtido completo de drogas y productos químicos

NONOMIYA SHOTEN

BEJARANO Nº 277

Teléfono 2900

REVISTA

de la Sociedad Médica Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina

PUBLICACION MENSUAL

Dirección y Administración
Llanos No. 625

Lima, Febrero de 1921

PRECIO DE SUSCRIPCION
Al trimestre.....\$ 3.00
Al semestre 6.00
En el Extr. al año... 20.00

EL PRIMER AÑO DE LA REFORMA

Si para la elección de catedrático de ginecología no se hubiera realizado un concurso semejante a aquellos que en épocas anteriores ocasionaron tanto daño y cuya modificación fue un anhelo hondamente sentido y ardientemente reclamado, hoy no tendríamos para la Facultad de Medicina sino palabras de aplauso.

Es indudable que ha habido renovación en la enseñanza, que se han dado nuevas orientaciones en los cursos y en fin, que se ha trabajado, individual y colectivamente, por la buena preparación de los futuros médicos. Entendemos que si en algunos ramos no se ha obtenido estos beneficios ha sido por las dificultades muy naturales al periodo de reconstrucción en que estamos y pecaríamos de injustos si por estas deficiencias eleváramos alguna protesta.

Es, quizás, la enseñanza de Cirugía la que ha ganado más con la reforma. La labor realizada en las clínicas Quirúrgicas por los Drs. Gastañeta y Villarán ha sido grande y hoy podemos decir que se enseña Cirugía en la Facultad. Este solo triunfo, dentro de las vicisitudes del año, podría ser suficiente para satisfacernos; pero idénticos progresos se ha alcanzado en Pediatría, en Física y en muchas otras cátedras. Aun más; se ha establecido la selección, por un examen, para el ingreso a la Facultad, lo que indudablemente redundará en beneficio de la enseñanza; se han creado los laboratorios de clínica, poniéndolos en manos de distinguidos alumnos que unen a su competencia probada un gran amor a la ciencia y al trabajo; se ha reorganizado e incrementado la biblioteca colocando sus obras al alcance de los estudiantes; se ha establecido el concurso para la provisión de jefaturas de clínica; se ha contratado un profesor para que dicte lecciones de inglés a

los alumnos; estos y otros, son hechos que indudablemente significan progreso y revelan espíritu de reforma.

Desgraciadamente y sin motivo que lo justifique, esta evolución plausible no ha llegado hasta el mecanismo de los concursos para la provisión de cátedras, del que los estudiantes en el memorial presentado al cuerpo de catedráticos cuando se iniciara la reforma, nos expresamos en los siguientes términos: "Es casi inútil decir cómo es un concurso en la Facultad de Medicina. Un profesional generalmente mediocre, pero que goza de buena posición social y económica inicia sus pretensiones para que sus amigos le nombren catedrático adjunto. Realizado esto, ya tiene un pie en la Facultad. Cuando va a vacar una cátedra comienza su nombre a sonar como el probable sucesor. Vaca aquella, entonces la facultad le designa para dictar el curso interinamente. Ya puede decirse que todo está hecho. Solo falta la farsa del concurso que le dé la propiedad vitalicia. Hácese la convocatoria a la que acuden, en algunos casos, además del favorito, todos los ilusos que suponen que la competencia, el talento y la aptitud pedagógica son títulos bastantes para presentarse ante nuestra Facultad de Medicina.

Se verifica el concurso y el delito contra los intereses de la buena enseñanza está cometido. Los estudiantes protestan, pero la Facultad orgullosa y satisfecha del triunfo del amigo permanece sorda a los justos reclamos juveniles. Tal el mecanismo de los concursos que en muy contados casos provoca el ingreso de elementos apreciables".

Cual ha sido el proceso del último concurso? Murió el maestro ilustre y quedó vacante la cátedra que fundara, vino el interinato y vino la convocatoria; los candidatos

dictaron lecciones y los estudiantes después de escucharlos durante algunos meses dieron un voto de honor, consagración del verdadero maestro, garantía de buena enseñanza y barrera contra las selecciones de favor y amistad. Este voto de honor nunca llevó el sello de una imposición; fue la indicación amigable que hacían los estudiantes a sus maestros sobre la competencia pedagógica de uno y otro candidato, deducida del provecho obtenido en las lecciones recibidas. Sin embargo, la Facultad, sorda como ayer a los justos clamores juveniles hizo una elección de amistad. Felizmente el mal no tiene las proporciones de épocas anteriores, porque la misma Facultad ha nombrado catedrático libre del curso a quien los estudiantes consagraron como maestro.

Otro punto sobre el que tenemos que hacer incapié y que la Facultad ha descuidado es la necesidad de un control riguroso en los trabajos prácticos de los estudiantes, única manera de reemplazar ventajosamente la supresión de listas.

Tenemos el optimismo mas grande respecto del futuro de nuestra Facultad; abrigamos la plena confianza de que la reforma se llevará a cabo en todos sus puntos, de que el año venidero la Facultad, en un ambiente de franca cordialidad, podrá desarrollar todo su programa, y cuando vayamos a finalizar el año, al hacer el balance de la labor realizada no tengamos para ella sino palabras de aplauso. Ese es nuestro mas grande deseo.

CLINICA OBSTETRICA

HEMORRAGIAS ORIGINADAS POR PLACENTA PREVIA

LECCIÓN DICTADA DURANTE EL CURSO LIBRE DE 1920

Por el Dr. ENRIQUE FEBRES ODRIOZOLA

Señores: el eminente partero francés DE PAUL, decía: si por algo lamento haberme dedicado al arte de los partos es tan solo por el temor que me infunden las hemorragias producidas por la placenta previa. Es evidente que sobrada razón tenía el eminente partero, si hoy con todos los progresos de la ciencia, con todos los recursos del arte, no obstante, amarguísimos son los momentos que nos ocasiona en la práctica obstétrica esta terrible complicación del embarazo.

Señores: necesito, antes que nada, discutir con Uds. esta impropia denominación de placenta previa, aplicable a todos los casos de inserción de la placenta en el segmento inferior, toda vez que aquella denominación, encarna un error de concepto que no es posible pasar en silencio al iniciar este importante estudio de las hemorragias.

Casi todas las obras clásicas engloban con esta denominación impropia—repito—de placenta previa, diversos tipos de inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, en la peligrosa zona de Barnes.

He dicho que debe considerarse incorrecta la denominación de placenta previa, cuando se aplica a todos los casos, por que esta palabra "previa", se deriva de las voces griegas: *prae*, que quiere decir antes y *via*, que

significa ruta. Por lo tanto tratándose del sitio de inserción de la placenta, la expresión placenta previa quiere decir, placenta inserta por delante de la ruta que debe seguir el feto para salir del claustro materno. Ahora bien, si sabemos que existen diversos tipos de inserción de la placenta, entre otros: *placenta lateral*, que es la que se implanta en las partes laterales del segmento inferior, a una distancia variable del orificio interno, justamente a lado de la presentación; *placenta marginal*, que es la que se inserta a los lados de dicho orificio interno, correspondiendo el borde inferior de la placenta al contorno de éste, por ende dispuesta como la anterior *lateralmente a la presentación*. ¿Es posible, señores; que estos diversos tipos de implantación de la placenta (marginal y lateral) situados exprofeso, una vez más repito, lateralmente a la presentación, tipos de significación anátomo-clínica tan distante de la verdadera placenta previa, merezcan la misma denominación que ésta, es decir, que cuando dicha placenta se inserta en la zona segmentaria inferior, cubriendo el orificio interno aun completamente dilatado o dilatado y por consiguiente siempre situado por delante del feto in uterus?

La denominación de inserción viciosa, tampoco es correcta, por que no teniéndose una noción precisa del sitio matemático en que se inserta la placenta en la parte alta del útero, en las condiciones normales, no cabe crear ni mucho menos imponer el término de inserción viciosa, cuando no se conoce el sitio fijo de la inserción normal, condición *sine-quanon* en este caso.

Hasta PORTAL (1685), se creía que la placenta se implantaba siempre en el fondo del útero. Después con PORTAL, los parteros contemporáneos aceptaban que la placenta, se insertaba, mas comunmente, en la pared anterior y posterior del segmento superior, así como en los bordes correspondientes de la matriz. No hace mucho que algunos obstétricos sostenían que la placenta se insertaba mas corrientemente en el fondo del útero. Por último, en nuestros días, la idea dominante es que la placenta se inserta-según los clásicos-en la pared anterior y posterior de la matriz, muy excepcionalmente en los bordes. Ya ven, señores, que no hay concepto unánime y preciso sobre este punto: inserción normal de la placenta, y por lo tanto, ¿como puede admitirse, entonces, la denominación de inserción viciosa?.-

Nos vamos a permitir-previa la venia de los autores clásicos-emitir opinión al respecto, porque nuestros sentidos también han sido ejercitados sobre este asunto en número considerable de casos y muchos de Uds. saben que hacemos sistemáticamente en la maternidad de Santa Ana, y fuera de ella (en mi clínica particular) el examen minucioso del huevo después del alumbramiento, lo que ya es bastante para formar concepto. Además, nuestro estudio de relación de causa a efecto entre las posteriores de vértice y los trastornos de acomodación dados por la inserción de la placenta en las partes bajas del útero, nos ha enseñado mucho al respecto y nos permite avanzar ideas y yo daría conclusiones, robustecidas diariamente, en el sentido de que la placenta se inserta - con harta frecuencia en las partes bajas de la matriz: pared posterior e izquierda del segmento inferior y menos frecuentemente en la pared anterior.

¿Que hay de cierto, señores, sobre la posibilidad de fijación del huevo en el orificio interno para constituir mas tarde la placenta previa o sea lo que algunos llaman inserción viciosa de la placenta, centro por centro y otros inserción viciosa total o previa-total?. Es verdad, señores, que este fenómeno es real, por lo menos tal es la opinión de los observadores alemanes, cuya veracidad en casi todas sus observaciones científicas resulta comprobada. En efecto, se afirma que el orificio interno cuando el útero está

vacío no constituye una cavidad sino un finísimo intersticio ocupado por los productos de secreción del útero, tal como ocurre en el orificio de las trompas, los ostiums uterinos. Allí, como aquí, el huevo puede fijarse determinando una serie de modificaciones plásticas formativas que dan por resultado la caída del epitelio, la infiltración embrionaria conjuntiva, la turgencia después y por último la fusión de los bordes del orificio, lo que permite la fijación del huevo en este punto y lo que es mas importante su desarrollo ulterior a este nivel. He aquí, pues, señores, constituida la placenta previa propiamente hablando, la cual dará lugar más tarde a aquel cortejo anatómo-clínico, tan temible del que en breve os pondré al corriente; ocupándome preferentemente del mecanismo y tratamiento de las hemorragias consecutivas; hemorragias que constituyen la nota más sombría en el concierto sintomático, de suyo muy grave, que acompaña a esta complicación del embarazo-por fortuna no muy frecuente-de la inserción de la placenta en el segmento inferior, denominación que en el concepto de algunos y en el nuestro también, es la más correcta y apropiada para designar, en vocablo general, estas variadas modalidades de inserción de la placenta en la zona peligrosa de Barnes.

¿CUAL ES EL LÍMITE DEL SEGMENTO INFERIOR?

Ya que hablamos del segmento inferior, veamos cuales son, los límites entre dicho segmento y el segmento superior ó cuerpo del útero ó si se me permite la expresión cuales son los límites entre la inserción normal y la impropriamente llamada viciosa de la placenta; expresión que os ruego, señores, cambiéis por la de inserción en el segmento inferior que es la que la ciencia le consagra; estos límites podemos expresarlos anatómica y obstéticamente.

Obstéticamente: el útero puede ser dividido en tres zonas por dos planos perpendiculares a su eje, y que lo cortan según dos círculos: el círculo polar superior y el círculo polar inferior. La porción situada por debajo del círculo polar inferior, esto es el segmento inferior, constituye la zona peligrosa de inserción de la placenta; es la inserción viciosa de algunos autores; es la placenta previa todavía de algunos clásicos.

Réstanos determinar la situación precisa del círculo polar inferior: supongamos que se aplique la cabeza del feto, en el término de su desarrollo, sobre el segmento inferior del útero que ha llegado, también al término de su formación; ahora bien, la circunferencia máxima de la cabeza semi flexionada que cor-

responde a un diámetro vecino al sub-occipito-frontal, se pondrá en contacto con la parte circular correspondiente del útero; toda la parte de la matriz situada por debajo de esta línea de contacto sufrirá un movimiento de dilatación al dejar pasar la cabeza, la que está situada por encima de esta circunferencia máxima de la cabeza no experimentará extensión alguna. Si se mide en el feto, en las circunstancias precipitadas, es decir a término, la distancia que existe entre un punto cualquiera de esta circunferencia máxima de la cabeza y el punto más lejano del vértice, se encontrará que esta distancia es mas o menos de ocho a diez centímetros y por lo tanto, siendo esta circunferencia del segmento inferior su límite, es evidente que toda vez que la placenta se inserte a una distancia menor de diez centímetros del orificio interno se considerará inserta en el segmento inferior.

De conformidad con estas observaciones, diremos-clínicamente-que la placenta estará inserta en el segmento inferior, toda vez que su borde inferior se halle a una distancia menor de diez centímetros de la abertura de las membranas del huevo.

Anatómicamente. -Las investigaciones autóxicas, bien conducidas se encargan de fijar con más o menos precisión los límites del círculo polar inferior. En efecto, este límite está marcado :1°. en la superficie externa del útero, por la falta de adherencia del peritoneo. El punto en que el peritoneo abandona el útero para reflejarse, corresponde justamente al círculo polar inferior; 2°. por la separación de las fibras de la pared muscular de la matriz que se hacen menos adherentes; 3°. por la existencia de una vena de dirección transversal, dispuesta circularmente, cuya luz se mantiene abierta después de los cortes del útero a este nivel: vena coronaria, Krans-vena de los autores alemanes; 4°. por la disminución de espesor de las paredes del útero.-Este límite corresponde, para unos, al anillo de contracción de Bandl o de Schröder, asiento de diversos fenómenos patológicos de orden esencialmente espasmódico que se presentan durante el trabajo en determinadas circunstancias y que se conocen con el nombre de contracturas del anillo de Bandl.

MECANISMO DE LAS HEMORRAGIAS EN LOS CASOS DE INSERCIÓN DE LA PLACENTA EN EL SEGMENTO INFERIOR.

Un solo mecanismo-como lo pretenden los clásicos-no podría explicar las hemorragias en los distintos casos de inserción de

la placenta en el segmento inferior. I un solo mecanismo no es posible invocar, porque siendo las modalidades de esta inserción baja completamente distinta una de otras, es evidente que su desinserción tiene que ofrecer diferencias apreciables. Esto equivale a decir que el mecanismo de la separación de la placenta no puede ser idéntico en todos los casos, aun cuando los factores contribuyentes a su realización sean los mismos, como en realidad lo son.

Para mayor inteligencia y fácil comprensión separemos las modalidades de inserción de la placenta en el segmento inferior, en dos grandes categorías:

1ª, representada por la placenta previa: total o parcial;

2ª, que comprende la placenta inserta lateralmente en el segmento inferior: lateral propiamente dicha y marginal.

Estas dos divisiones en concepto propio, me parecen que deben subsistir tanto en la teoría para explicar la producción de las hemorragias, como en la práctica para dirigir su tratamiento.

¿Cuales son los elementos o factores que entran en juego para producir las hemorragias? Podríamos reducirlos a uno solo: las contracciones secretas del embarazo o las contracciones dolorosas del trabajo, segun los casos. En efecto, sabido es que el útero está formado por dos partes de espesor desigual y significación diferente: el cuerpo y el segmento inferior; disposición feliz de la naturaleza, sin la cual el parto sería imposible; las contracciones indoloras del embarazo y dolorosas del parto, determinan un aumento de la tensión del líquido amniótico, que tiende a escaparse por el lugar menos resistente, de donde resulta un aflujo de este líquido al segmento inferior y dilatación de sus paredes o sea su formación.

Cuando la placenta está inserta en el cuerpo uterino, la dilatación de las paredes del segmento inferior se hacen libre y paralelamente con la del casquete invertido que constituye esta porción de las membranas del huevo, dilatación que es tanto mas grande, cuanto más cerca del cuello se considere y decrece a medida que se aproxima al límite del segmento inferior, círculo polar inferior, en donde dicha dilatación se reduce a cero.

Cuando la placenta, pues, se inserta en la parte alta del útero, el descenso del polo inferior del huevo no repercute sobre la placenta que está distante y de la cual está separada por una zona más o menos grande, más o menos apreciable de membranas, cuya elasticidad puesta en juego neutraliza los efectos del descenso del polo inferior del huevo sobre el borde inferior de la placenta, donde la tracción es insignificante o nula. Pero a medida

que la inserción de la placenta se va haciendo mas baja, esta zona comprendida entre el polo inferior del huevo y el borde inferior de la placenta, que bien podríamos bautizar con el nombre de zona amortiguadora, se va reduciendo al paralelo y con ella sus efectos, hasta el punto que las tracciones producidas por el polo inferior del huevo al descender, se hacen sentir integralmente sobre el borde placentario inferior. Además, cuando la placenta está inserta en la zona peligrosa de Barnes, la cantidad de líquido que cada contracción envía al segmento inferior es mayor, puesto que la placenta ocupa una parte de su capacidad, estando a su vez remplazada en la parte alta del útero, dicha placenta, por el líquido amniótico.

Por manera, que siendo la cantidad de líquido dilatante mayor, y menor la superficie dilatante del segmento inferior se producirá fatalmente el conflicto: la sobredistensión de esta porción libre de inserción de la placenta en el segmento inferior que culminará con la separación de la placenta producida por las tracciones que sobre ella ejerce el polo inferior del huevo. Pero a la vez que se hace esta descenso del polo inferior del huevo se produce la ascensión del polo inferior del útero, es decir, de toda la zona vecina al orificio interno y entonces se produce el fenómeno que culmina con la separación de la placenta de su superficie de inserción.

Esto es en concepto general; y vamos a establecer, como lo hemos dicho, la diferenciación del mecanismo de las hemorragias según los casos, ya sea que se trate, de la placenta previa central, de los autores alemanes, o lateral.

En el primer supuesto (placenta previa central) el factor primordial está representado por la resultante de la presión interna del útero que actúa directamente sobre la placenta por acción mecánica y al tratar de encajarla en la escavación contribuye a su desprendimiento directamente.

Cuando la placenta corresponde a la segunda división que hemos hecho, es decir, a la forma lateral, la resultante de la presión interna del útero actúa sobre el polo inferior del huevo que en este caso está representado, ya no por la placenta, sino por las membranas, las cuales al descender tiran del borde inferior de la placenta produciendo su separación; pero, tres eventualidades pueden ocurrir:

1°.-La placenta se encuentra fuertemente insertada y opone mayores resistencias a la tracción de las membranas, de donde ruptura de estas y ausencia de *Hemorragia*

2°.-La inserción de la placenta no es muy fuerte y la tracción de las membranas producen la separación de ésta, presentándose la *Hemorragia* y;

3°.-Ruptura del corion unicamente y formación de un ojal a través del cual hace hernia el amnios que se introduce en el cuello, donde exitando las contracciones provoca el *parto prematuro*, por disociación de las membranas, hecho muy importante de tomarse en consideración para evitar mayores consecuencias.

ETIOLOGÍA

No son perfectamente conocidas las causas de orden diverso que seguramente deben existir para explicar la fijación y desarrollo del huevo en el segmento inferior del útero.

Sabido es que el huevo cuando cae al útero inmediatamente después de atravesar el ostium túbario—bien entendido que hablamos del huevo fecundado—está revestido del ectodermo, cuyas células de cubierta gozan de un poder corrosivo, histolítico, mediante el cual destruye el epitelio de la cavidad uterina dejando el corium mucoso al descubierto y allí se sepulta dando margen en su desarrollo a esa serie de fenómenos que mas tarde han de constituir las diversas partes del feto y anexo.

La fijación del huevo, pues, en un punto del útero requiere: 1° La existencia en perfecta actividad de los trofoblastos o sea las prolongaciones epiteliales de la superficie externa del huevo fertilizado y; 2o. La buena conservación de la mucosa del útero, es decir que se encuentre en condiciones normales; ahora bien si uno de estos dos elementos, epitelio ovular o epitelio de revestimiento de la cavidad uterina no se encontraran en condiciones anátomo—funcionales de perfecta normalidad, el óvulo es arrastrado por la corriente producida por la dirección dominante de las vellosidades del epitelio o sea de las pestañas vibrátiles hasta las regiones inferiores del útero y allí adquiere derecho de domicilio.

¿La sífilis mas o menos reciente, restando la perfecta vitalidad de los tejidos en general, al atacar al óvulo directa o indirectamente, no disminuiría la viscosidad de este elemento favoreciendo su caída en lugar obligado, el segmento inferior?

Los tumores del útero especialmente los fibromas intersticiales alterando la nutrición de la mucosa por acción directa no le permite gozar a ésta de las condiciones de perfecta normalidad para albergar al huevo que solicita buena acogida en la parte alta de la matriz y no encontrándola se desliza en busca de mejor terreno para germinar.

Las infecciones genitales y del útero en particular, explican suficientemente la frecuencia de la inserción baja de la placenta;

por la causa precitada. Nadie lo ha demostrado con hechos auténticos, pero el buen criterio y la lógica no riñe con la posibilidad de la acción traumática como causa eficiente del deslizamiento del huevo y su fijación en el segmento inferior y esto es tanto mas posible, cuanto mas débil sean las conexiones entre el óvulo y la mucosa de la matriz, es decir, en los primeros días de su llegada

al útero cuando aun no está sepultado. Estos traumatismos pueden ser conyugales o naturales y accidentales. Se estima que la sacudida vibratoria de toda clase de vehículos, de los tranvías ferrocarriles y automóviles juegan un rol digno de ser tomado en cuenta en estos casos.

(Continuará)

LA EVOLUCION DEL CONCEPTO QUIRURGICO Y SUS DIFERENTES ERAS.

Conferencia sustentada por el DR. FRANCISCO GRAÑA Profesor de Cirugía Infantil y Ortopedia, en el Centro de Estudiantes de Medicina.

Señores:

Con sincera complacencia me encuentro al lado de Uds. y en el seno de esta vieja y querida "Union Fernandina", á la cual todos hemos rendido, alguna vez, el tributo de nuestro entusiasmo y de nuestra dedicación, y cuya reorganización, en los actuales momentos, es promesa de vida fecunda, digna de la historia de esta sociedad, de gloriosas tradiciones. Y mis esperanzas se afirman, no solo respecto al porvenir de esta institución, sino de cuantas encierra la actividad médica nacional, porque me parece descubrir los signos de un movimiento de renovación, de intensificación de los esfuerzos que conducen al mejoramiento de la enseñanza, de la investigación, de la literatura médica, de los trabajos y estudios científicos de todo orden, con sanos impulsos y vigorosas orientaciones.

Y entre esos signos reveladores, no es el menos elocuente, la convergencia, cada vez mayor, y por lo tanto más fructífera, de los esfuerzos que realizan, maestros y discípulos, en acción mancomunada, por alcanzar los elevados fines de la profesión.

No hace mucho, y refiriéndome á la trascendencia que tenía la fundación de la Sociedad Peruana de Cirugía, expresaba que: "El adelanto de la ciencia es, fundamentalmente, obra de colaboración. Sin duda en la historia del progreso médico, se encuentra, en veces, cambios bruscos y radicales, obra de los reformadores, de los hombres de genio; pero aparte estas impulsiones violentas que imprimen los espíritus superiores, la ciencia avanza, paulatina pero constantemente, merced al esfuerzo de cuantos trabajan en su

campo fecundo e ilimitado. La depuración de los principios, la comprobación de las teorías, la rectificación de los resultados, el desarrollo, en fin, del proceso que conduce al conocimiento de la verdad, es función de crítica, de análisis, que exige como primera y esencial condición, la cooperación, el esfuerzo común, el auxilio mutuo."

Pero no ha sido, por cierto, esta conjunción de actividades, la característica de nuestro medio. Al contrario, no solo en el mundo médico, sino en todos los aspectos de la vida nacional, llevamos vividos muchos años, trabajando dispersos, aislados, sin lazos de contacto, al punto que parece haberse formado en nuestra mentalidad — por aquello de que la función hace al órgano —, algo así como un centro de desorden, de dispersión, lo que llamaba CAJAL, refiriéndose á igual fenómeno observado en España, *un ganglio de desorganización*, que ha constituido, aquí como allá, el mayor de los obstáculos con que han luchado todos los esfuerzos en pró del adelanto nacional.

Contra esas tendencias dispersivas, que esterilizan ó retardan, precisa oponer las corrientes de cohesión, de armonía, generadoras del progreso. Y aprovecho esta oportunidad, para celebrar la iniciación de ese movimiento de esfuerzos comunes, hacia ideales comunes, y hacer votos porque se haga vigorosa y unánime esta obra de resurgimiento de la medicina nacional.

Estas conferencias, señores, que iniciamos hoy, no tendrán por tema, la exposición de recientes descubrimientos científicos, ni las aplicaciones de nuevos agentes curativos, ni la revelación de técnicas recientemente adquiridas. Mi propósito, es llamar la atención

de ustedes, hacia cuestiones de doctrina, de principios, en el estudio y la aplicación de la Cirugía; y hoy vamos á iniciarlas, disertando, someramente, sobre lo que podríamos denominar: *Evolución del Criterio Quirúrgico*. En las próximas nos ocuparemos, del *Diagnóstico Quirúrgico*, del valor de la *Estadística en Cirugía* y de *Anestesia Quirúrgica*.

Los primeros cuidados de orden quirúrgico, como restañar heridas, detener hemorragias, extraer flechas ó guijarros, practicar vendajes, fijar miembros fracturados, han sido, seguramente, prácticas tan antiguas como la humanidad. Pero se acepta que los primeros conocimientos codificados en este ramo, tuvieron su origen en la *Civilización India*, y que de ellos y por intermedio de los sacerdotes egipcios, los adquirieron los griegos. CHARACA y SUSRUTA, comentaristas del Yajur - Veda, expresan el adelanto alcanzado en sus días, y consignan el tratamiento y diagnóstico de las fracturas, clasificación de las heridas, suturas de la piel, extracción de cuerpos extraños, empleo de antiflogísticos, intentos de amputaciones, extirpación de tumores, de ganglios, de cálculos; paracentesis; plásticas rinoscópicas; operación de las cataratas; operaciones obstétricas y aún tentativas de laparotomías.

Del progreso alcanzado por los griegos, queda constancia en la *Cirugía Hipocrática*. El tratado de fracturas y luxaciones es digno de admiración aún en nuestros días. La trepanación era práctica usual, en los hundimientos del cráneo. Se conocía el tratamiento de las heridas, desgarradura, pólipos, hemorroides y prolapso. El empiema, era diagnosticado y tratado, aún con resección costal. Desde HIPOCRATES hasta la época de *Alejandro*, se realizan pocas reformas sobre las prácticas y preceptos Brahmánicos é Hipocráticos. En esta época, es digno de señalarse, el primer esfuerzo por los estudios de Anatomía, de que fueron iniciadores, HERÓFILO y ERASISTRATO. Y se destaca, después, la enorme figura de CELSO, que con su obra admirable, "*De Re Médica*", ilustra por siglos la enseñanza de la Cirugía. Practica y enseña las plásticas de la nariz, labios y pabellón del oído; realiza la operación de la hernia, cauterizando el canal, una vez introducido el intestino ó el epiplon al abdomen; trata los senos y fistulas, en veces con resecciones óseas. Inventa la uretrotomía externa, y realiza, por primera vez, las amputaciones con buena técnica.

GALENO, tan digno de admiración por sus estudios de anatomía, fisiología y origen de las enfermedades, no impulsa en forma trascendental el progreso quirúrgico, aunque inicia la práctica de las ligaduras, en arterias de mediano volúmen.

En el *Imperio Romano*, florecen entre otros hombres de ciencia notables, HELIODORO y ANTILIO, tenido este último, como uno de los más grandes operadores de la antigüedad. El inició el tratamiento operatorio de los aneurismas, ligando los vasos por encima y debajo del saco y extirpando éste. A HELIODORO se atribuye la práctica de la uretrotomía interna.

La era *Bizantina* comprende la obra impercedera de un hombre de genio, PABLO DE EGINA, cuyo libro VI, contiene el más completo sistema de cirugía, que nos han legado los tiempos antiguos. Aparte las atinadas indicaciones para combatir los procesos flogísticos, las primeras reglas para penetrar á las cavidades viscerales, la amputación de los senos cancerosos y otras enseñanzas de positiva importancia quirúrgica, lo que interesa y sorprende más en Pablo de Egina, son los principios y doctrinas en que sustenta toda su inmensa obra.

Hasta aquí quedan revisados, en ligerísimos y someros apuntes, los tiempos antiguos, la era clásica, la *Era Heroica de la Cirugía*. Y bien merece la denominación de *Heroica*. Los hombres que florecieron en ella, en su afán de curar ó de aliviar, sin más arma que su habilidad personal y su audacia, lucharon contra todos los elementos hostiles, contra todos los enemigos reunidos, ya que desconocían en su mayor parte la anatomía, eran impotentes para dominar la hemorragia, carecían de medios para suprimir el dolor y estaban desarmados contra el accho implacable de la infección.

Desde esos tiempos hasta el Siglo XV, no aparecen reformas ó adelantos de verdadera significación; pues ni la escuela de Salerno, la de Nápoles, la de Montpellier, ni los grandes médicos de la civilización arábiga, AVICENA, AVERROES, ABULCASSIN, imprimieron huella honda en la evolución de la ciencia quirúrgica. Pero en el curso de esta XV centuria, surgen dos grandes reformadores, PARACELSO Y AMBROISE PARÉ, y además, los anatomistas, VESALIUS, FALOPIO Y SILVIO, de la famosa escuela de Padua, que con su labor imprimieron sello característico á esta época *medieval*.

PARACELSO, notable por sus observaciones sobre las complicaciones sépticas y sobre las lesiones quirúrgicas de la sífilis y la tuberculosis, no fué sin embargo un eminente innovador en cirugía operatoria. Más significación tiene AMBROISE PARÉ, con la revolución realizada en el tratamiento de las heridas, reemplazando con la simple protección por vendas, las clásicas prácticas de los líquidos calientes, que sin poder bactericida alguno, contribuían á rebajar el poder defensivo de los tejidos; y sobre todo, por su va-

liosa obra de Anatomía Humana, y las nuevas técnicas operatorias por él propuestas.

En el siglo XVI, continúa acentuándose el culto por la anatomía, y uno de los primeros frutos que ejerce su influencia, es la cura radical de la hernia, reemplazando el anticuado método de la cauterización por la sutura de los planos.

El Siglo XVII, se distingue por la mayor dedicación á los estudios de la anatomía y la fisiología, enormemente impulsados por la influencia de los filósofos Cartesianos y Baconianos, que destruyeron los prejuicios y los temores místicos.

La conquista que significa el conocimiento de la anatomía es el factor directriz, la causa primera de todos los progresos que se realizan en la *edad media*: DESDE WISEMAN, el padre de la Cirugía Británica, que aporta su enorme Tratado de Cirugía; LUIS PETIT, que funda en Francia la Academia de Cirugía; F. CHOPART I DESSAULT en la Escuela Práctica de Cirugía; Jhon HUNTER, cuya obra ilumina todavía la ciencia de nuestros tiempos; VON HALLE Y HOLTZENDORF en Alemania, hasta SHIPPEN en los EE. UU. y los maestros de la Academia de San José en Viena. Por que, en efecto, es merced á las investigaciones anatómicas, que PETIT puede hacer sus estudios sobre el trombo y las fracturas, y controlar los medios eficaces de obtener la homostasia; que BELL clasifica las úlceras é indica su tratamiento; que BUHAMEL descubre los callos de reparación ósea; que HUNTER, analiza la reparación de los tejidos, y trata los aneurismas de la poplítea, ligando la femoral en el canal que lleva su nombre; que POTT analiza las causas y trata del mal vertebral; que CHESELDEN, modifica la litotomía y la iridectomía; que DESSAULT revoluciona la cirugía ósea; GIMBERNAT la quelotomía; PARK la Cirugía articular.

I en el Siglo XVIII, este movimiento se cimienta y amplía, adquiriendo más profundo carácter científico y permitiendo su difusión, con el establecimiento de los Museos de Anatomía general y Patológica, por HUNTER, DUPUYTREN, CLOQUET, BLUMENVACH, BARCLAY y otros,

Esta era que comprende la *Edad media*, y que reconoce como carácter distintivo, el conocimiento del cuerpo humano, es denominada con propiedad, la *Era Anatómica*. Los cirujanos, conocen los órganos, descubren las vías menos dañinas de penetración, poseen el derrotero fundamental de toda intervención que es la Anatomía. Han dominado á uno de los enemigos con que luchaban los de la era heroica, que marchaban por sendas oscuras y desconocidas.

A mediados del Siglo XIX, se inicia un

período durante el cual se realizan descubrimientos de proyecciones incalculables. En 1844 HORACIO WELLS descubre las propiedades anestésicas del protóxido de azóe, y poco después SIMPSON Y FLOURENS revelan la posibilidad de practicar la narcosis general, por medio del éter y el cloroformo. Por siglos habían perseguido los hombres los medios de suprimir el dolor durante las operaciones. El sueño de Hipócrates: "Divinun est opus sedare doloreum", se convierte al fin en una definitiva realidad. Los pacientes, abolida la conciencia, suprimido el dolor—por lo menos la conciencia del dolor, ya hablaremos de esto en su oportunidad—permiten la realización de intervenciones antes juzgadas como imposibles, y ampliar así el campo de la cirugía de un modo extraordinario.

Pero otra revolución de infinita trascendencia tiene lugar poco después. El genio imponderable de PASTEUR crea la Bacteriología. La etiología de las enfermedades queda al fin demostrada, el conocimiento de las verdaderas causas, el misterio impenetrable del origen de las infecciones, queda despejado. Esta revelación y su lógica consecuencia, la obra del inmortal LISTER, que descubre los medios de aniquilar las actividades patógenas de los gérmenes, ampliaron la esfera de acción de la cirugía, más que ningún otro factor. Los antiguos apreciaban clara y seguramente la diferente marcha de reparación que seguían las heridas accidentales u operatorias, según que ellas fueran *limpias ó nó*, y tambien que tal diferencia se debía á la acción de agentes definidos. Pero los prejuicios, la superstición, ejercían tal predominio como en las creencias, y de otro lado, la implacable fatalidad con que se presentaba las infecciones que escapaban a todo control, los llevó á atribuir como causa directa de ellas, las iras de alguna maligna divinidad. Otros, trabajando en la obscuridad que rodeaba esos fenómenos, pero presintiendo, posiblemente la existencia de agentes capaces de aniquilar las causas generadoras probaban uno y otro remedio, en la esperanza de hallar la panacea tanto tiempo perseguida. Los primeros, que fundaban en un grosero concepto de limpieza, la profilaxia de las infecciones; los segundos, que perseguían la sustancia neutralizante, que hoy diríamos antiséptica, fueron sin duda, los predecesores de la asepsia y de la antisepsia.

Del descubrimiento de PASTEUR sobre las causas de la putrefacción, se vino en conocimiento de que los fenómenos observados en las heridas abiertas, eran debidos á la penetración de gérmenes que existían en el aire, en el agua, en los instrumentos, en el

material de curación, en las manos de los cirujanos, en la piel de los enfermos. Impuesta así, la teoría microbiana, LISTER orientó su espíritu en busca de los recursos que permitieran destruir esos gérmenes en todos los objetos que se ponían en contacto con los tejidos, y aún exterminar a los que habían penetrado ya en ellos. Este fué el *método antiséptico*. I de la antisepsia, que era un gran triunfo, pero aún incompleto y aleatorio sobre los gérmenes, se pasó á la adopción de los medios capaces de destruirlos de modo cierto. Campo operatorio estéril; instrumental, material y cuanto interviene en el acto operatorio estéril; manos protegidas por guantes estériles. Todo el medio y el ambiente operatorio amicrobiano. Tal es el método aséptico,

Con el doble talismán de la anestesia y de la asepsia, la Cirugía se revoluciona en forma tal y precipita su desenvolvimiento tan vertiginosamente, que cada día descubre nuevos horizontes, realiza nuevas conquistas, adquiere libre entrada a zonas antes vedadas. La relativa inocuidad de las intervenciones, estimula todas las iniciativas y ampara y justifica todas las audacias. La Cirugía invade el campo de la medicina, á grandes pasos. Se extiende y se difunde por todo el orbe. Crece hasta requerir su división en ramas autónomas. Ya no es posible citar a lo innumerables directores de esta faz moderna de la Cirugía. Son pléyades, legiones, y se les encuentra en todo el mundo civilizado.

La idea dominante, la orientación fundamental, está representado por el concepto etiopatológico. Contra la acción nefasta de los gémenes, productores de las infecciones que destruían la obra de los más hábiles

operadores, están las prácticas asépticas, que impiden llevarlos al contacto del organismo. Contra las afecciones de orden microbiano, una apendicitis, una anexitis, una colecistitis, se procede a curar o extirpar los órganos enfermos, o los productos y lesiones que esos procesos han producido. Si se ha formado un cálculo, se le extirpa, si un tumor benigno, se le suprime y si es maligno ó puede convertirse en tal, se quita también la zona ambiente, posible ó seguramente afectada. Si una vía natural se halla cegada, se abre otra nueva. Se penetra en busca de un cuerpo extraño cuya presencia es dañina en las más recónditas profundidades del organismo. Si una de tantas causas ha originado una obstrucción intestinal, o determinado la estrangulación de una hernia, se remueve el obstáculo al libre curso de las materias o se secciona el cuello herniario que aprisiona el intestino. Si el desarrollo del ser ha sido imperfecto o desviado, el arte quirúrgico acude en auxilio de la naturaleza para corregir sus defectos.

Mas, como una gran mayoría de las afecciones de orden quirúrgico, es producida por el factor microbiano, y las que no tienen tal origen directo, suelen complicarse por él, lo que caracteriza esta era de la Cirugía, y le dá sello distintivo, es precisamente el concepto de la SEPSIS. El pensamiento cardinal es impedir la penetración de bacterias al organismo, durante las acciones operatorias, o ir a eliminar los órganos atacados por los gérmenes, y los productos ó lesiones originados por su actividad. Por eso tal era, que es la moderna y alcanza á nuestros días, bien merece el calificativo de *Era Patológica de la Cirugía*.

(Continuará)

ESTADO ACTUAL DE NUESTROS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ICTERIAS

(Leyendo el libro de BRULÉ)

Por SANTIAGO SANCHEZ CHECA, del 7º año de Medicina.

(Continuación)

BRULÉ ha estudiado él mismo y ha coleccionado los trabajos de multitud de investigadores, sobre la insuficiencia hepática y llega á la conclusión de que á pesar de que los métodos de que disponemos para descubrir la insuficiencia hepática, son todos susceptibles de serias objeciones y a pesar de su gran número, todos ellos llegan a idénticos resultados, es decir, que señalan la existencia de la insuficiencia hepática en los mismos estados patológicos. Los modernos métodos evidencian trastornos funcionales del hígado no solo en las afecciones crónicas de este órgano, como en la cirrosis alcohólicas, sino también en las intoxicaciones clorofórmica, fosforada, en las mujeres embarazadas en los cardiacos hiposistólicos, en los tísicos y neumónicos, etc. pero, como ya hemos dicho, en todos estos estados existe urobilinuria acompañada muchas veces de sales biliares, es decir, de signos de retención biliar, luego pues en todos estos diversos estados patológicos se ven, casi siempre, evolucionar paralelamente signos de insuficiencia hepática y retenciones biliares ligeras. Luego, es lógico admitir que la retención biliar es también debida á la insuficiencia funcional de la célula hepática.

Las icterias francas coinciden á veces con signos de insuficiencia hepática, tal es el caso de la ictericia grave en la que una retención biliar intensa coincide con una insuficiencia hepática máxima.

En otras muchas enfermedades del hígado se encuentra esta coincidencia y á menudo se nota un cierto paralelismo entre la intensidad de los trastornos funcionales hepáticos y la intensidad de la retención biliar; pero estos hechos no deben generalizarse y no debe creerse en una relación proporcional y constante entre el grado de retención biliar y el grado de insuficiencia hepática, pues muchos hechos se opondrían a una generalización, tal sucedería con las ictericias catarrales en las que la retención biliar puede ser completa, en tanto que los signos de insuficiencia son mínimos, al extremo que pasan desapercibidos cuando se les busca por los medios clásicos (glicosuria alimenticia) descubriéndoseles únicamente por los métodos modernos (aumento de la lipasade la sangre, estudio de la amini-aciduria, etc.); existe pues, en esta afección marcada desproporción entre la intensidad de la ictericia y el grado de insuficiencia hepática, que BRULÉ explica admitiendo que hay cierta independencia entre las diversas funciones del hígado,

de tal suerte que una misma causa puede alterar mas á una de ellas que á las otras. Entonces no puede decirse que haya una insuficiencia sino insuficiencias hepáticas, llevadas sobre tal ó cual facultad del órgano; del mismo modo que una infección renal puede alterar tan pronto la facultad de eliminar cloruros, tan pronto la de eliminar úrea. Se concibe pues que en ciertos casos (ictericias benignas, la función biliar esté profundamente alterada sin que las otras funciones del órgano lo sean profundamente; é inversamente que insuficiencias hepáticas graves puedan no acompañarse mas que de alteraciones mínimas de la función biliar.

La hipótesis de estas disociaciones funcionales está justificada por la constatación de cierta independencia, no ya entre funciones distintas de la célula hepática, sino entre dos partes de una misma función, como sucede con la función biliar, hecho perfectamente probado por el estudio de las retenciones disociadas

En resumen, la retención biliar puede en ciertas condiciones (enfermedades infecciosas) intoxicaciones) despistar la insuficiencia hepática, pero de ningún modo puede medirla. Desde este punto de vista la urobilinuria es de gran valor, en especial cuando se acompaña de sales biliares, lo que demuestra que se trata de una urobilinuria de origen hepático y no sanguíneo.

Admitido el hecho de que la teoría clásica de la obstrucción de las vías biliares no es aplicable á todos los casos y que un gran número de icterias deben ser atribuidas á lesión de la célula hepática misma, queda por averiguar el mecanismo fisiopatológico en virtud del cual, las lesiones de la célula hepática pueden alterar el curso de la bilis; queda pues por buscar el modo de relacionar entre sí dos fenómenos que se han considerado, hasta hoy, como muy distintos: la insuficiencia funcional del hígado y la retención biliar. Esto plantea graves problemas de fisiología.

La existencia innegable de retenciones biliares disociadas impide aceptar que el obstáculo al curso de la bilis se sitúe sobre las vías biliares, este obstáculo solo puede situarse a nivel mismo de la célula hepática y fuerza a admitir que la retención biliar no puede ser la consecuencia de una simple deformación de la célula hepática, es decir, de un simple acto mecánico; la selección entre los elementos de la bilis, supone un acto de filtración electiva, un acto de secreción y la in-

tervención, por tanto, de la célula hepática como órgano glandular,

Algunos autores han creído ver en el acto glandular que determina la ictericia, un aumento de la actividad celular normal, es decir que la ictericia sería debida á un hiperfuncionamiento de la célula hepática, que produciría bilis en exceso, pero los hechos clínicos, anatómicos y experimentales se oponen á tal concepción. En efecto, la retención biliar aparece siempre que la célula hepática está lesionada, se hace mas intensa á medida que el agente causal actúa mas brutalmente y se hace total cuando el hígado esta casi totalmente destruído (ictericia grave); de suerte que la retención biliar parece ligada mas bien á una disminución del funcionamiento, á una insuficiencia secretoria de la célula hepática.

Aquí, vuelve a imponerse al espíritu, la comparación entre el hígado y el riñón; parece que los elementos de la bilis son retenidos en el organismo desde que el hígado es lesionado por una causa cualquiera, de la misma manera que los cloruros y la úrea son retenidos cuando hay insuficiencia renal; pero cloruros y úrea llegan preformados al filtro electivo constituído por el riñón y se comprende que toda alteración, total ó parcial del filtro entrañe la retención simultánea o separada de estas sustancias. Tratándose del hígado y atendiendo a los datos de la fisiología clásica, el hecho no es explicable, puesto que se acepta que los pigmentos y las sales biliares no llegan preformados a la célula hepática, sino que es ella la que los fabrica a expensas de los materiales aportados por la sangre.

Resulta que la hipótesis emitida por BRULÉ para explicar la retención biliar por una insuficiencia hepática está en contradicción absoluta con los datos fisiológicos generalmente admitidos; porque si pigmentos y sales biliares son el resultado de la actividad secretoria del hígado, su insuficiencia debe producir, no una retención biliar sino una disminución de la cantidad de bilis formada, es decir, que la insuficiencia hepática debía conducir á la hipocolia o a la acolia.

La doctrina fisiológica admitida para explicar la función biliar ha sido la causante de que toda ictericia haya sido atribuída á lesiones de las vías biliares; era necesario que el obstáculo hipotético estuviese situado por debajo de la célula hepática, único elemento capaz de formar pigmentos y sales biliares y era imposible concebir ninguna relación directa entre la retención biliar y las lesiones de la célula hepática. Pero hay muchos hechos que se oponen á la doctrina clásica que considera á la célula hepática como la única capaz de fabricar pigmentos y sales biliares: la hipocolia que debía presentarse, si nos

atenemos á tal doctrina, en todos los casos en que la célula hepática está alterada, es excepcional en las afecciones agudas o crónicas del hígado en las que se presentan frecuentemente retenciones biliares; sería necesario admitir que en la ictericia grave, á pesar de la degeneración intensa del hígado, la célula hepática ha conservado intacta su función biliar y continúa produciendo pigmentos biliares en cantidad capaz de producir una ictericia cutánea intensa.

En todas las lesiones hepáticas graves, debía haber acolia, es decir, ausencia completa de formación de bilis; pero la acolia verdadera es muy rara y cuando aparece en el periodo terminal de ciertas afecciones crónicas del hígado, coincide con un ataque tan profundo del estado general que cabe preguntar si es debida a falta de aporte de los materiales de formación de la bilis o a su falta de elaboración por la célula hepática.

Las doctrinas clásicas que admiten la intervención exclusiva de la célula hepática en la formación de pigmentos y de sales biliares no pueden explicar las retenciones biliares disociadas. Si se admite que la célula hepática cesa de fabricar sea pigmentos, sea sales, esto nos lleva á la concepción de acolias parciales y no á la de retenciones disociadas, en las que el elemento que no pasa al intestino, continúa siendo fabricado, como lo prueba el hecho de encontrarse en la sangre y en las orinas o lo que es lo mismo, que si no existe por debajo de la célula hepática, existe por encima de ella. Para explicar las retenciones biliares disociadas, sería necesario admitir que, bajo influencias indeterminadas, la célula hepática se hace capaz de funcionar como glándula de secreción interna para los pigmentos por ejemplo, continuando sus funciones de glándula de secreción externa para las sales.

Quiere decir todo lo que precede, que muchas incompatibilidades aparecen cuando se comparan las doctrinas fisiológicas de la secreción biliar y los hechos resultantes del estudio de la patología hepática. Sin embargo un grupo de teorías puede pretender conciliar las hipótesis fisiológicas clásicas y los hechos patológicos observados; tal sucede con la concepción de GÉRAUDEL, para quien existiría en el lóbulo hepático dos partes fisiológicamente distintas: la zona porta, encargada de fabricar pigmentos biliares y de arrojarlos en la sangre; y la zona supra-hepática que recojería de la sangre estos pigmentos para evacuarlos por las vías biliares. Ahora bien, toda alteración del hígado podría suprimir la función de la zona supra-hepática y entonces la colemia, que normalmente queda intra hepática y local, se hace general y se constituye la ictericia.

Esta teoría, por su complejidad, es poco convincente pero tiene la ventaja de ser una teoría de conciliación por que no niega al hígado el papel que los fisiólogos le acuerdan en la formación de los elementos de la bilis, pero admite que en un momento dado estos elementos se encuentran en la sangre, de donde son eliminados por el hígado que desempeña así el papel de filtro electivo. Esta teoría permite explicar todos los hechos de la patología hepática, que son inexplicables con las doctrinas clásicas.

BRULÉ no acepta la teoría transaccional de GÉRAUDEL, sino que admite que los pigmentos y las sales biliares llegan preformados á la célula hepática, después de haberse originado á expensas de los elementos de la sangre, sea en los vasos, sea en los tejidos; niega á la célula hepática el rol de síntesis de los elementos de la bilis.

Cosa igual ha sucedido con la colessterina, que se creyó durante mucho tiempo que era formada por el hígado, mientras que hoy está demostrado que llega preformada á este órgano. Lo mismo ha sucedido con el riñón, al que se le atribuyó la fabricación de la úrea, siendo así que hoy sabemos que preexiste en la sangre.

Para BRULÉ, la célula hepática desempeña la función de reglar, por un acto glandular, la eliminación de los pigmentos y de las sales biliares; del mismo modo que las células renales reglan la eliminación de la úrea y de los cloruros.

Esta teoría explica el hecho de que todo trastorno funcional de la célula hepática, cualquiera que sea su origen, puede ser seguido de retención biliar. Que el funcionamiento del hígado esté alterado por una enfermedad crónica del órgano, por una infección, intoxicación, un éxtasis sanguíneo, la secreción de la bilis estará alterada y tanto mas cuanto mas extensa y profunda sea la lesión hepática. Una ligera insuficiencia funcional del hígado basta para impedir que la filtración de los pigmentos y de las sales hacia las vías biliares, se realice normalmente: las sales biliares y la urobilina aparecen en pequeña cantidad, en las orinas; un trastorno funcional mas grave hace aparecer la ictericia franca; desde luego la secreción de pigmentos puede, por momentos, estar mas alterada que la de las sales o viceversa, se presentan entonces las ictericias disociadas. Por fin en casos especiales, cuando el metabolismo orgánico está gravemente comprometido, cuando la composición de la sangre está alterada profundamente, los elementos a cuyas expensas se forma la bilis no llegan en cantidad suficiente a la célula hepática y la acolia verdadera sucede á la retención biliar.

Veamos cuales son los fundamentos en que BRULÉ apoya su teoría.

Comienza por preguntarse si está bien demostrado que los pigmentos y sales biliares no pueden formarse mas que á nivel del lóbulo hepático ó en otros términos, si el hígado es el único órgano capaz de efectuar la síntesis de estos elementos á expensas de los materiales aportados por la sangre.

Está casi universalmente admitido que sales y pigmentos no pueden nacer mas que de la actividad fisiológica del protoplasma de la célula hepática; veamos en que hechos reposa este dogma clásico.

Tratándose de los pigmentos biliares, el rol exclusivo del hígado en la formación de la bilirrubina estaría demostrado si esta pigmento no volviera a formarse después de la supresión funcional de la glándula hepática. Desgraciadamente la importancia fisiológica del hígado es tan grande que, en casi todos los animales, su ablación es rápidamente mortal; únicamente en las aves es posible una supervivencia, en virtud de la existencia del sistema venoso de Jacobson.

Es por esto que, en sus clásicas experiencias, MINKOSWIKI y NAUNYN, recurrieron al ganso y al pato. El resumen de estas experiencias es el siguiente: "si se hace respirar á patos ó gansos, hidrógeno arseniado, se observa al cabo de poco tiempo, hematuria con policolia; si se hace respirar el veneno á uno de estos animales privados de su hígado, no se presenta esta producción enorme de pigmentos biliares, las orinas no contienen biliverdina". Tal es la experiencia citada por casi todos los tratados de Fisiología, como argumento principal del origen hepático de los pigmentos biliares; pero esta experiencia es susceptible de importantes objeciones. En efecto, la ictericia producida por el hidrógeno arseniado es una ictericia de origen hemolítico y no una ictericia de origen hepático, como la mayor parte de las que se observan en la clínica; de suerte que lo que MINKOSWIKI y NAUNYN han constatado es lo siguiente: que después de inhalación de hidrógeno arseniado, un pato normal elimina orina rica en biliverdina y un pato sin hígado emite orinas cargadas de hemoglobina. De esta constatación no puede concluirse que en ausencia del hígado los pigmentos sanguíneos no puedan ser transformados en pigmentos biliares, por que hechos singularmente comparables pueden ser observados sin que el funcionamiento hepático esté alterado: LESNÉ y RAVAUT inyectando al conejo, por vía endovenosa, agua simplemente han visto aparecer urobilina, bilirrubina ó hemoglobina según la cantidad de agua inyectada y la explicación es bien conocida: un veneno hemolítico inyectado á pequeña dosis,

produce una desglobulización lenta, la hemoglobina liberada en exceso tiene tiempo de transformarse en bilirubina y pasa á la orina bajo esta forma; el mismo veneno hemolítico a dosis mas fuertes o en un sujeto menos resistente, produce una desglobulización masiva y se encuentra en la orina hemoglobina al natural. Ahora bien, es fácil admitir que un pato a quien se le ha hecho la ablación del hígado es un animal cuyas resistencias están muy disminuídas por el fuerte traumatismo que ha sufrido y por lo tanto el hidrógeno arseniado produce en él una desglobulización mas intensa y rápida que en un animal normal, quedando así la hemoglobinuria y la ausencia de la bilirubina explicadas sin hacer intervenir la ausencia del hígado. Por otra parte se comprende que un traumatismo de la naturaleza del de la hepatectomia, debe necesariamente repercutir sobre toda la economía y que en consecuencia, el metabolismo general de las materias pigmentarias debe estar singularmente modificado. Concluir, pues, de experiencias tan brutales y por lo mismo tan complejas, en la acción específica del hígado en la formación de los pigmentos biliares, es una audacia. Por lo demás las experiencias de MINKOSWIKI y NAUNIN han sido repetidas por MACNEL que obtuvo resultados menos constantes que lo hicieron menos afirmativo en sus conclusiones: de cinco patos hepatectomizados, dos de ellos no volvieron a eliminar pigmentos biliares, otros dos eliminaron claramente biliverdina y en el quinto la reacción de este pigmento fue dudosa.

Mas recientemente WIPPLW y WOOPER, han hecho experiencias en perros, cuya fisiología hepática es mas vecina a la del hombre, y han llegado a conclusiones opuestas á las de MINKOSWIKI. Estos experimentadores suprimieron en perros, la función hepática por diversos medios (fistula de Eck con ligadura total o parcial de la arteria hepática o por compresión de la aorta y ligadura de la vena cava inferior) y en seguida les inyectan sangre viendo aparecer pigmentos biliares en la orina tan rápidamente como en perros normales.

Los mismos experimentadores inyectan sangre o hemoglobina cristalizada, en la pleura o en el peritoneo de perros y pasado cierto tiempo hacen punciones sucesivas observando la transformación, *in situ*, de la hemoglobina en pigmentos biliares que alcanzan en 24 horas cantidad apreciable.

La formación extra hepática de pigmentos biliares se pone en evidencia por la observación, en el hombre, de ciertos hechos clínicos: se sabe perfectamente que en los hematomas se descubre, después de cierto tiempo, bilirubina; lo mismo sucede en los derrames

hemáticos en vías de reabsorción (hemotórax traumático, pleuresía hemorrágica, hemorragia meníngea).

En resumen, la observación clínica y la experimentación aniquilan las nociones generalmente admitidas sobre el lugar de formación de los pigmentos biliares, demostrando que ellos pueden formarse fuera del hígado.

Sentado este hecho capital, BRULÉ admite que la hemoglobina es trasformada en bilirubina, en el torrente circulatorio y en ciertos tejidos, llegando ya formada a la célula hepática encargada de regular su excreción o sea su pasaje a la bilis. Atribuir a la célula hepática esta función de excreción no es una afirmación gratuita puesto que está fundamentada por el hecho, bien conocido, de que ella ejerce tal papel frente a ciertas sustancias especialmente materias colorantes que introducidas en el organismo, son encontradas en el hígado y eliminadas por la bilis; tal sucede con el sulfó-indigotato de soda, la cochinita, la fuccina, etc. I por otra parte es innegable que la bilirubina preexiste en la sangre, puesto que sabemos que existe una colemia fisiológica imposible de interpretar admitiendo las doctrinas clásicas y que aparece como un hecho natural en la teoría de BRULÉ: la presencia normal de bilirubina en la sangre es un fenómeno del mismo orden que la presencia normal de la úrea en la sangre; productos excrementicios, la bilirubina y la úrea se encuentran en pequeña cantidad en la sangre que los lleva a sus emuntorios naturales: el hígado y el riñón,

Tratándose de las sales biliares, los conocimientos actuales sobre su origen son muy precarios. La creencia clásica en su origen hepático, se fundamenta en las experiencias de MULLER, KUNDE y MOLESCHOTT, quienes extirparon el hígado a ranas y vieron que la cantidad de sales biliares no aumentaba en la sangre; pero estas experiencias, por lo brutales, son susceptibles de las mismas objeciones que las de MINKOSWIKI y lo que es mas grave, se sabe que con los actuales métodos de examen es casi imposible hacer reconocimientos cuantitativos de las sales biliares en la sangre.

Otro fundamento de las teorías clásicas es el siguiente. "la sangre de los vasos aferentes del hígado no contienen sales biliares". La falta de métodos de examen bien sensibles para las sales biliares, quita al anterior enunciado todo su valor, pero lógicamente se puede suponer que las sales biliares existen en la sangre de los vasos aferentes del hígado, pero en proporción muy pequeña (pasando desapercibida su presencia a los actuales métodos de examen) pero que dada la gran difusibilidad de estas sales y la renovación rápida de la masa sanguínea en el hígado (100 li-

tros por hora) son suficientes para condensarse a su pasaje por el hígado y aparecer en abundancia en la bilis.

Desde el punto de vista químico se admitía el origen intestinal de los materiales de elaboración de las sales biliares: la glicocola sería absorbida á nivel del intestino delgado y el ácido colálico, mas abajo; la síntesis tendría lugar a nivel del hígado. Pero hoy se sabe que las sales biliares pueden tener otro origen y nacer de los productos de destrucción de los glóbulos rojos: de un lado la hemoglobina se desdobra en hematina que da la bilirubina, y proteínas que dan ácidos amimados como la glicocola y la taurina; de otra parte la colessterina parece poder transformarse en ácido colálico.

CARRACIDO ha demostrado que una mezcla de glicocola y de colessterina pasando, en circulación artificial, á través de un hígado de perro, da glicocolatos. KLEIN y HOFFMAN han demostrado que estas transformaciones pueden efectuarse simplemente en presencia de glicógeno ó de hidratos de carbono.

En resumen, el origen y modo de formación de las sales biliares son mal conocidos; pero no está demostrado que la síntesis de estos elementos solo pueda verificarse en la célula hepática; al contrario es muy probable que, al igual que los pigmentos, ellas puedan nacer en diferentes partes del organismo, siendo muy difícil probarlo.

DEL CONVERSATORIO CLINICO

SOBRE UN CASO DE GANGRENA SIMETRICA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Por VICTOR M. TRIGOZO, del 5º. año de Medicina.

Señores:

Voy á dar lectura á la historia clínica de un enfermo con *gangrena simétrica* de las extremidades inferiores, caso sumamente interesante y que se ha presentado como complicación de una fiebre tifoidea.

Domingo Guzmán, natural de Tarma, de 18 años de edad, de raza mestiza, soltero, de ocupación ayudante de albañil, ingresó á la sala de Santo Domingo (Hospital del Dos de Mayo), cama número 25, el día 27 de Abril de 1920.

Entre sus antecedentes hereditarios no encontramos nada que merezca atención especial.

De niño nos manifiesta haber padecido de "fiebres" que le daban periódicamente. Un mes antes de que se le declarara la última enfermedad, tuvo pujos y diarreas (sin sangre) que le duraron poco tiempo.

Refiere el enfermo que el día 8 de abril cuando estaba trabajando en el fundo Lince, próximo a la carretera de Chorrillos, sintió que el cuerpo se le descomponía, que tenía un malestar general, notando casi al mismo tiempo que estaba con fiebre, dolen-

cias que el enfermo atribuye a que la víspera había introducido los pies en el agua sucia durante mucho tiempo, con el objeto de amasar barro. Sintiéndose mal y no pudiendo ya continuar sus labores, vino á Lima, donde continuó siempre con fiebre alta y gran laxitud, haciéndose tratar durante algunos días por un facultativo sin que sintiera mejoría; dicho médico le manifestó que lo que tenía era una "fiebre intestinal".

Cierta noche, á los 10 días de estar enfermo, sintió que el pie derecho se le ponía pesado, que poco a poco se le adormecía, sintiendo algo así como picazones, comenzándole poco después fuertes dolores, "como si le tiraran de los nervios". Al día siguiente, se le presentaron los mismos fenómenos en el pie izquierdo, con la misma exactitud y orden con que aparecieron el día anterior en el del lado opuesto; además dice, que cuando por efecto del dolor se levó las manos á los pies, notó que estaban fríos. A los dos días de esto fué llevado al hospital.

Por haber estado ausente, sólo pude exminar al enfermo 4 días después de hospitalizado; sin embargo, del examen pude recoger los siguientes datos: sujeto demacra-

do, anémico, con gran postración, revelando en su facies el dolor. Permanece siempre sentado al borde de la cama. Ligeramente sub-ictérico de las conjuntivas. Los miembros inferiores sumamente dolorosos. Inspeccionándolos se notan los dos pies con un cambio de coloración, es decir, con un



Un caso de gangrena simétrica de las extremidades.

tinte oscuro, violáceo; esta zona cianótica se extiende hasta un poco por encima de los maléolos y su línea de demarcación guarda perfecta simetría en ambos pies. Palpándolos nos damos cuenta que la temperatura de ellos es muy inferior al resto del miembro y que la sensibilidad al tacto está embotada. Por lo que precede vemos, pues, que asistimos á uno de los periodos de la enfer-

medad que MAURICIO RAINAUD llamó *asfixia simétrica de las extremidades*. Dolor, enfriamiento y cianosis. Por lo demás la temperatura llega a 38 grados en las tardes con pequeñas remisiones en las mañanas. Lengua un poco seca y saburrosa; apetito variable; ligero estreñimiento; el bazo, á la palpación se nota un poco aumentado de volumen. Pulso frecuente y débil oscilando entre 100 y 110 pulsaciones por minuto. Aparato respiratorio, normal, Aparato uro-genital, normal.

Teniendo en cuenta sus antecedentes y procedencia se mandó, en primer lugar, hacer la investigación del hematozooario de Laverán, en la sangre cuyo resultado fue *negativo*.

Se mandó practicar, después, el hemocultivo y la reacción aglutinante de Vidal. El hemocultivo resultó *negativo* á las 20 y á las 44 horas. El Vidal resultó *positivo* al 1/10 y al 1/50.

Wassermán, *negativo*.

La numeración globular y la fórmula leucocitaria son las siguientes:

Hematies	2'560,000
Leucocitos	18,000
Polinucleares neutrófilos	86%
Eosinófilos	0%
Mononucleares	0%
Linfocitos	12%

Respecto a al orina, diremos lo siguiente: que hubo oliguria, que su reacción fue alcalina, y que los cloruros se hallaban bastante disminuídos lo que seguramente está en relación con el régimen lácteo a que ha estado sometido el enfermo por mucho tiempo. Trazas de albúmina.

Del 2 al 3 de Mayo, comienzan a aparecer flictenas en los pies; el dolor aumenta en extremo; la curva de la temperatura es casi la misma que la de la semana anterior con ligeras variantes.

Los baños de agua caliente, con los cuales se trató localmente al enfermo por espacio de más de 6 días consecutivos, no modificaron en nada la marcha de la enfermedad. Se ensayó también el método de Bier, es decir, ajustar una venda elástica por encima de la rodilla y soltarla bruscamente, pero sin resultado alguno (verdad es que esto no se hizo sino unas dos veces).

El 10 de Mayo, la familia del enfermo dejándose guiar por prejuicios vulgares, pidió su alta en vista de que el jefe del servicio se decidió a amputar las piernas como único recurso práctico y probable de salvarlo, imposibilitándonos de este modo para seguir observando la marcha que siguiera la enfermedad y los caracteres culminantes de las lesiones.

Pero casi al mes de esto, la familia de nuestro enfermo, se ve obligada a pedir nuevamente hospitalización en demanda de la intervención que efectuada un mes antes se hubiera realizado seguramente casi sin grandes peligros. Pero ahora el estado del paciente es calamitoso; su estado depresivo y su emaciación impiden el operarlo. En esta vez se notan ya lesiones destructivas, la necrobiosis ha avanzado muchísimo en profundidad, pero no en extensión; la gangrena se ha limitado perfectamente hasta el tercio inferior de las piernas y de seca que era, ahora es húmeda. Las lesiones avanzan hasta los huesos (véase la fotografía en la cual se notan la tibia y el peroné al descubierto).

El enfermo continúa aun en el servicio siendo su estado ya mejor. Hasta que llegue el momento oportuno de intervenir quirúrgicamente, la naturaleza se ha adelantado en hacer la amputación de los pies.

Este último estado que hubiera querido describir minuciosamente, es el otro período, último, de la *enfermedad de Raynaud ó gangrena simétrica de las extremidades*.

Por todo lo expuesto se vé que se trata muy posiblemente de una complicación de la fiebre tifoidea; pues, analizando los datos que proporciona el enfermo y apovándonos en el resultado de la reacción de Widal, podemos decir que no se trata de otra cosa (di-

cha reacción fué positiva al 1/50) En efecto, entre los datos que ha referido el enfermo tenemos que mencionar la fiebre continua que por mas de 10 días ha tenido fuera del hospital. También juzgo interesante el dato aquel de "fiebre intestinal" de que padeció, según dijo un facultativo. Hasta el día de su primera salida, la curva de la temperatura se mantuvo entre 38 y 38.4 en las tardes con pequeñas descensos en las mañanas, o sean 13 días, asemejándose a la curva del período de estado de la fiebre tifoidea, pero más larga.

Después de la sífilis, del paludismo y la tuberculosis, la tifoidea cuenta con relativa frecuencia, entre sus complicaciones, la gangrena de las extremidades. Y aquí para terminar, séame permitido hacer unas pequeñas *conjeturas etiopatogénicas* del caso: La toxina ebertiana actuando sobre los vasos de los miembros inferiores que se hallaban en el estado de menor resistencia, si se tiene en cuenta la clase de trabajo que ejercía el enfermo en cuestión, produjo lesiones de endoarteritis y el espasmo de ellos. La bilateralidad de las lesiones podríamos explicarnos por la acción de esas mismas toxinas sobre los centros vaso-motores de la médula central.

UN CASO DE EMBARAZO ECTOPICO CON EMBARAZO UTERINO

por JOSÉ A. LINARES, del 7º año de Medicina.

El caso que voy a presentar tiene singular interés por su rareza, sobre todo entre nosotros. Es un caso que merece ser descrito dada su importancia desde el punto de vista de la fisiopatología y de la clínica ginecológica.

Fue una sorpresa operatoria, uno de los tantos hallazgos que la mano del cirujano descubre y que los otros órganos sensoriales del observador no han podido sospechar. He aquí la historia clínica:

M. V., natural de Ferreñafe, procede del puerto de Supe, de 30 años, casada, dedicada a los quehaceres domésticos, de constitución débil y de raza mestiza, ingresa a una clínica particular el 6 de mayo de 1920.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia. *Antecedentes personales.*—Refiere la enferma haber tenido sarampión y viruela en su infancia y paludismo de mayor edad. Sus menstruaciones comenzaron a hacerse a los 12 años, regulares, abundantes y sin dolor y de 6 a 7 días de duración.

Enfermedad actual.—En Junio de 1919, dice la enferma comenzó a sentir síntomas de embarazo: se suspendieron sus reglas, tenía vomitos en la mañana que le "hacían devolver el desayuno" y cierto malestar que compara al que sentía en su primer embarazo. Además con cierta frecuencia era atormentada por un dolor en la región del ovario derecho que tenía los caracteres de un verda-

dero cólico. Esto la obligó a consultarse con un médico, el doctor Pareja y Llosa, que por entonces se encontraba de tránsito en el lugar de su residencia. Del examen que este facultativo practicó dedujo que estaba embarazada, que sus condiciones eran delicadas y aconsejó a la enferma se viniese a la capital y se pusiera bajo los cuidados de un médico, pero aquella no llegó a hacerlo por no creerlo urgente. Los cólicos siguieron repitiéndose durante todos los meses, en uno de los cuales llegó a darle hasta por dos veces. Sin embargo, después de pasados 7 meses todo pareció haber terminado, pues no sentía sino un "pequeño dolor, que no era, según dice sino un recuerdo de sus grandes dolores" y esto sólo cuando hacía un ejercicio exagerado.

Pero aparte de estos síntomas, la enferma sentía una tumuración un tanto lateral y que ella atribuía a su embarazo y que fué aumentando de volumen a partir de los tres meses del comienzo de su dolencia, hasta los cinco meses en que se detuvo el crecimiento, al mismo tiempo que desaparecía todo dolor, lo que hizo suponer a la enferma que el supuesto embarazo había dejado de serlo.

Pero cinco meses después le repiten pequeños dolores y al consultarse de nuevo con el mismo facultativo, éste constata el tumor más crecido y completamente al lado derecho; pero no lleva más allá su examen, por no poder colocar a la enferma en posición conveniente. Le recomienda, entonces, que se traslade a la capital sin pérdida de tiempo, recomendación que la enferma atiende esta vez, ingresando a una clínica particular.

Examen de la enferma.—Estando la paciente en posición decúbito dorsal, se nota a la inspección, una ligera eminencia en la fosa ilíaca derecha y a la palpación una tumuración dura, irregular, con pequeñas eminencias en la parte superior y que a la percusión dá sonido mate. La auscultación es negativa. El tacto vaginal combinado, revela el fondo de saco lateral derecho, ocupado y en continuidad con el tumor del anexo; el fondo de saco lateral izquierdo se encuentra libre, lo mismo que el anterior; el fondo de saco posterior se halla también ocupado por un tumor que parece independiente del lado derecho; el fondo del útero hacía cuerpo con el tumor. El examen es poco doloroso y no hay secreción del útero, no obstante el largo tacto que se practica.

Diagnostico.—Embarazo ectópico enquistado del lado derecho.

Se decide entonces la operación y se prepara a la enferma para ella, dándole un purgante salino y administrándole al siguiente día bicarbonato de soda con carbonato de amoníaco, para hacer una alcalinización li-

gera y contrarrestar así la acidosis que producen los anestésicos, especialmente el cloroformo. Este tratamiento profiláctico se sigue por cuatro días, sometiéndola al mismo tiempo a un régimen lacto-vegetariano, suprimiéndose así el ingreso de sustancias nocivas predisponentes a la acidosis que provoca la anestesia.

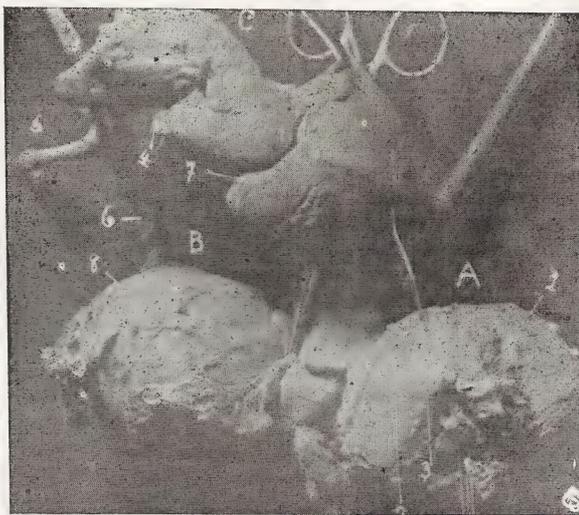


Fig. No. 1.

- A—UTERO.—1. Capa peritoneal.—3. Cavidad uterina, donde se encontró un feto de 4 cm. de largo.
 B—TROMPA gravida, en cuyo interior se encontró el feto C.
 C—FETO.—4. Miembro superior.—5. Miembro inferior.—7. Cabeza.

Operación.—Esta tiene lugar el 21 de mayo, anestesiándose a la enferma por medio de una mezcla de cloroformo, éter y cloruro de etilo y sirviendo de anestesiadore el señor Hernández. Operador el doctor Pareja Llosa y ayudante el que habla.

Comienza la operación, después de completa operación, a las 2 p. m.

Después de insición media umbilical, se abre el abdomen y se presenta entonces el tumor del tamaño de una cabeza de feto, muy irregular y con pequeños huecos y que fueron reconocidos como dos fémures, que saliendo del tumor encontrarían adherencias con las asas del intestino grueso; además el mismo tumor estaba adherido a la asa sigmoidea del intestino grueso, al intestino delgado y al recto en su parte posterior. El epiploon cubría gran parte del tumor haciendo mas difícil su limitación. El tumor era duro como fibroide, poco vascularizado y un tanto amarillento. Después que logramos orientar-

nos, pudimos ver que dependía del anexo derecho, y haciendo con gran cuidado las liberaciones, llegamos con no poca dificultad a librarlo de sus conexiones. Una vez libre, pudimos comprobar que los huesecitos pertenecían a las extremidades inferiores de un feto que habían perforado el quiste anexial i estaban en plena cavidad abdominal. El cuerpo del útero formaba una sola masa con el tumor y el anexo del lado izquierdo estaba sano; sólo el ovario presentaba un pequeño quistecito, que cauterizamos al termocauterio. En vista de semejante deformación procedimos a extraer el tumor, para lo cual hacemos la histerectomía por el procedimiento de Kelly, comenzando por el anexo sano o sea el del lado izquierdo y extraemos así, casi todo el aparato genital de la enferma, dejando sólo el ovario, para evitar los trastornos endocrinos, comunes en las ovariectomizadas. Hacemos la peritonización de la herida pelviana y cerramos la pared en tres planos. La operación termina a las 3 y 10 minutos.

Examen anátomo patológico. — Como puede observarse en la fotografía (Fig.1), se trata en realidad de un embarazo ectópico de la trompa derecha, llamado también embarazo tubario. El ovario ha desaparecido o al menos microscópicamente no puede dis-

tinguirse. La trompa enormemente agrandada, sobre todo en sus diámetros, contiene la placenta, cuyas vellosidades se hallan un tanto modificadas y con pequeños quistes; el feto completamente deforme: el cuerpo moldeado a la cavidad es prismático; las formaciones de la cara apenas se reconocen; las extremidades inferiores se halla confundidas con el cuerpo, distinguiéndose apenas los fémures; lo mismo sucede con las superiores, donde no se notan sino los húmeros, pues no existen ni antebrazos, ni manos. Por lo que se ve, parece que la degeneración del feto ha venido desde el comienzo de su desarrollo.

Respecto del útero, éste se encuentra, como ya digimos, haciendo cuerpo con la trompa y es blando y globuloso, estando un poco agrandado. Cuando lo abrimos nos sorprendió la salida la por insición de una sustancia gelatiniforme y en el fondo un huevo como de dos meses y medio, y en el que gracias a la transparencia del líquido amniótico, puede verse el fetito con sus anexos.

Tal la descripción a grandes rasgos de este caso, que nos parece digno de historiar.

La enferma se halla ahora en buenas condiciones, dedicándose a sus labores sin sentir trastorno de ninguna especie.

NOTA CLINICA

EL EDEMA AGUDO DEL PULMON COMO COMPLICACION
DE LA EPILEPSIA

Por el Dr. JUAN VOTO BERNALES, *Catedrático de Patología General.*

Entre los trastornos circulatorios del aparato respiratorio, el Edema pulmonar es uno de los mas graves. Su etiología es múltiple, y la mayor parte de los tratados de Patología Interna, señalan las siguientes causas:

1°.—Por acción mecánica, en que se presenta como un accidente inmediato a una punción de ascitis o a una toracentesis, principalmente cuando el derrame ha sido evacuado muy rápidamente. El es debido a la expansión del pulmón comprimido por el derrame y la descompresión brusca explica el aflujo sanguíneo.

2°.—El edema infeccioso que es el que se puede observar en la Grippe, en la Fiebre Tifoidea (Jaccoud) y en el curso del reumatismo articular agudo.

3°.—El edema de las enfermedades del corazón y de la aorta, que son las causas mas frecuentes.

4°.—El edema tóxico, originado por múltiples causas, en cuyo grupo el mal de Bright, es la enfermedad que lo origina con mas frecuencia.

Nosotros no habíamos tenido ocasión de observar esta afección como complicación de los ataques de Epilepsia, sino en el enfermo cuya observación clínica vamos a reseñar, y hemos considerado de interés el hacerlo, pues no hemos encontrado señalado esta causa etiológica sino en el tratado de Patología Interna de Ossler. (Edición 1918. Pag. N° 36).

Se trata de Manuel Cruz, de raza negra, de 31 años, natural de Lima, jornalero, que ingresó al hospital "Dos de Mayo", el 10 de Febrero de 1920, ocupando la cama n° 39 de la sala de Santo Toribio.

Sus antecedentes hereditarios nos hacen saber que su madre vive y tiene hábitos alcohólicos; su padre murió, ignorando la causa. Han sido doce hermanos de los que sólo viven tres, los demás fallecieron pequeños, de enfermedades propias de la infancia.

Antecedentes patológicos.—A la edad de doce años tuvo una neumonia y hace cuatro años un ataque de pleuresía. Ha padeci-

do de paludismo en varias ocasiones.

Hacen 10 años se le presentó el primer ataque de epilepsia, el que le ha venido repitiendo con intervalos de 2 a 3 meses, habiéndole acometido el que motivó su ingreso al hospital, a las 6 a. m. del día 10 de Febrero.

Cuando tuvimos ocasión de verlo en la visita de la mañana presentaba el cuadro clínico del Edema pulmonar: una disnea intensa; sentado en la cama era presa de una angustia extrema. Los ojos salientes, la cara cianótica. Una expectoración abundante, aereada, espumosa y rosada era expelida en medio de accesos de tos incesante.

A la auscultación se notaban un gran número de estertores sibilantes y crepitan-

tes. En vista de este cuadro procedimos a practicar una copiosa sangría, seguida de una inyección de $\frac{1}{2}$ milígramo de atropina.

Pocos minutos después de practicada esta medicación, el cuadro del enfermo se modificó favorablemente; la respiración se hizo mas tranquila; la expectoración disminuyó y comenzó a contestar a las preguntas que le hicimos; pero aún no habíamos abandonado el servicio cuando tuvimos la ocasión de observar la aparición de un ataque convulsivo generalizado que duró algunos segundos seguido de la expulsión de espuma por la boca.

Como no teníamos todavía datos anamnésticos suficientes para formular un diagnóstico preciso, pensamos en vista de los síntomas descritos, encontrarnos en presencia de un brightico y referir por lo tanto la afección pulmonar a esta causa. Recomendamos que se hiciera un dosaje de la úrea en la sangre y que se practicara un análisis de la orina.

Los resultados negativos que obtuvimos de dichas investigaciones en los referente a un proceso de orden renal, así como los datos que pudimos recoger del enfermo, nos llevaron a la convicción de estar en presencia de un epiléptico y referir a esta causa el ataque que habíamos observado.

El examen clínico que hicimos al día

siguiente, así como las diferentes investigaciones de laboratorio, inclusive la reacción de Wassermann, que nos permitió comprobar no había ninguna alteración en sus di-

ferentes órganos, vinieron a confirmar esta hipótesis y a concluir que la Epilepsia ha sido la causa generadora del ataque de Edema pulmonar que hemos descrito.

Notas y Comentarios

ALFONSO COSTA

Una nueva i dolorosa pérdida han sufrido nuestras filas. Después de larga i penosa lucha con la Muerte, Alfonso Costa se rindió a ella, dejando en nuestros corazones un hondo e indefinible dolor. Un legítimo dolor, para cuantos tuvieron la suerte de conocerlo, porque su espíritu jovial, siempre abierto a la verdad i a la belleza, supo conquistarle todas las simpatías. Amigo entre los mejores, Alfonso Costa, fue modelo de caballeridad, i por su clara inteligencia fue de los mas distinguidos elementos de San Fernando.

Por eso podemos afirmar, sin reservas, que su desaparición ha constituido para todos sus compañeros, una grande e irreparable pérdida.

Que la paz sea en la tumba del buen amigo.

D. LUIS FELIPE VILLARAN

Hace tres meses bajo a la tumba un varón eminentísimo, don Luis Felipe Villarán.

Circunstancias adversas, que desgraciadamente no hemos podido contrarrestar, nos han impedido antes de ahora dejar constancia, del profundo pesar que causara a la juventud de San Fernando tan dolorosa desaparición. Hoi que nuestra publicación ve de nuevo la luz pública queremos hacer público este sentimiento.

Espíritu dilecto, maestro de energías, don Luis Felipe Villarán, que rigió durante mucho tiempo los destinos de nuestra secular Universidad, supo dejar en ella la huella profunda de su claro talento i de sus grandes virtudes. Por eso la juventud vio siempre en él un símbolo que admirar i un ejemplo que seguir. La Patria, que le contó entre sus mejores hijos i a quien dedicara los mejores dias de su vida, le debió muchas glorias i triunfos.

En esta ocasión la redacción de esta revista, se asocia al dolor que causara la desaparición del ilustre extinto i envía al doctor Carlos Villarán, catedrático de Clínica Quirúrgica i digno hijo del egrégio maestro, la expresión de su sentimiento.

EL DUELO DEL DOCTOR HERMILIO VALDIZAN

Nuestra simpatía i admiración por el distinguido catedrático de Enfermedades mentales, Dr. Hermilio Valdizán, nos obliga a expresarle desde estas columnas, nuestro profundo pesar i el afecto con que le acompañamos con motivo de la desaparición de su señora madre.

La señora Juana M. de Valdizán, supo tener en vida todas las gallardas virtudes que fueran patri-

monio de nuestras damas patricias. Esposa incomparable i madre amantísima, supo ganarse el afecto de cuantos la conocieron i trataron. Su desaparición ha dejado un hondo vacío.

LOS EXAMENES FINALES

Después de dos años trascurridos, volvió a agitarse en nuestras aulas, en diciembre próximo pasado, el ambiente estudiantil, con motivo de las pruebas finales.

De propósito nos abstenemos de comentar el resultado de ellos, porque podría llevarnos a las mas diversas apreciaciones. Sólo diremos que cada día que pasa, se hace mas honda la convicción en nuestros espíritus, del fracaso pedagógico del examen en promoción, por lo menos mientras ellos sean una prueba de resultado aleatorio i circunstancial, con mucho de lotería i poco de verdad.

Queremos, sin embargo, sin citar nombres propios, dejar constancia de que en medio de la inexplicable desorientación que en cuanto a métodos de enseñanza i a la apreciación de sus resultados existe en la mayoría de los catedráticos, hai quienes han hecho laudables esfuerzos por dar a la prueba final todas las garantías de que debe estar rodeada, haciéndola derivar de una observación mas o menos atenta del aprovechamiento del alumno, a través de todo el año.

Damos a continuación el cuadro en que se consignan los resultados obtenidos en los exámenes finales, y que demuestra con creces que hemos correspondido dignamente a los desvelos de nuestros maestros.

	Matric.	Exam.	Aprob.	Aplaz.	Sobres,
1er año.	145.	95.	58.	35.	5.
2º año.	64.	55.	47.	8.	3.
3er año	60.	55.	55.	0.	9.
4º año	43.	38.	37.	1.	12.
5º año	47.	45.	44.	1.	15.
6º año	24.	20.	20.	0.	2.
7º año	25.	25.	25.	0.	5.

EL CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DEL CENTENARIO

La Federación de los Estudiantes del Perú deseando contribuir a la mayor solemnidad de las fiestas del Centenario de la Independencia Nacional, próximo a celebrarse, ha resuelto organizar en Lima, el 2º Congreso Nacional de Estudiantes, de acuerdo con la respectiva resolución del primer congreso reunido hace un año en la ciudad del Cuzco, tomada a iniciativa de la delegación de de medicina ante ese congreso.

Por los informes que tenemos, el próximo congreso del Centenario, va a revestir excepcional importancia, tanto por los temas que han de tratarse, cuanto por que a sus deliberaciones asistirán delegaciones de los países hermanos, que tomarán parte en la discusión de los temas de carácter americanista. Nos es grato así mismo anunciar, que entre los temas de índole nacionalista, figura uno, que ha de interesar particularmente a los estudiantes de San Fernando, pues se refiere a los problemas médicos—sociales de nuestro país i a la participación que en su resolución corresponde a la juventud médica. No dudamos que este tema ha de ser brillantemente tratado en el Congreso por alguno de nuestros distinguidos compañeros.



ALFONSO COSTA

Alumno de 6º. año de Medicina.

LAS CONFERENCIAS DEL DR. HONORIO F. DELGADO

Cumpliendo con una de las finalidades de nuestra institución, la directiva actual ha solicitado i obtenido la valiosa colaboración del doctor Honorio F. Delgado, para el desarrollo del programa de conferencias, i al efecto el distinguido profesional ha iniciado una serie, sobre importantes temas de Biología General.

La primera de ellas tuvo lugar el 19 de este mes i versó sobre "El origen de la Vida". El conferencista, cuyas altas dotes intelectuales son bien conocidas de nuestros lectores, puso a prueba una vez mas su competencia, obteniendo un verdadero éxito. Nos abstentemos de comentar la conferencia misma, porque prometemos a nuestros lectores hacerles el regalo de su publicación, gracias a la amabilidad de nuestro compañero Cesar N. Heraud, que la recogió taquígraficamente. La próxima conferencia del doctor Delgado tendrá lugar en los primeros días del mes entrante.

EL CURSO LIBRE DE INGLES

Deben estar satisfechos los iniciadores de la idea de implantar entre nosotros cursos libres de idiomas, pues el curso de inglés que ha pedido del Centro de Estudiantes de Medicina, ha establecido la Facultad, i que se dicta en el local de nuestra institución, ha constituido un verdadero éxito. El profesor contratado por el Centro, señor E. Ludbik, ha logrado en poco tiempo que tiene a su cargo el curso, interesar vivamente al intusiasta número de sus discípulos, por el cariño i la competencia verdaderamente notable, con que lleva a cabo su enseñanza. Vaya hasta él, nuestro mejor aplauso.

EL EJERCICIO LEGAL DE LA MEDICINA I EMPIRISMO

Son conocidas de todos las incidencias ocurridas al rededor del conflicto suscitado entre la Facultad de Medicina i un profesional extranjero, el médico alemán Lipowski, por la negativa de éste de rendir el examen que aquella le exige, para poder ejercer su profesión en el Perú. También son conocidas las risibles razones que alegan el señor Lipowski i algunos de sus ignorantes admiradores, para excusar esta franca rebelión contra las leyes del país, como la de haber contraído matrimonio con una peruana, estar de tránsito en el país, siendo así que hace ya cerca de un año que llegó a él, i otras, como la mui curiosa de ser autor de 20 artículos en periódicos alemanes, justo título para que se le considere eminencia científica, digna de gozar de la excepción que la misma lei acuerda en tales casos. Desde luego el señor Lipowski, ha contado para poder burlar la lei i la autoridad de la Facultad de Medicina, con la punible indiferencia que sabemos exhibir siempre que se trata de asuntos que afectan al país. Algo mas, con la protección de quienes deben hacer respetar la lei i hasta de los mismos profesionales peruanos que en muchos casos que tienen reparo, tratándose de libras mas o libras menos, de asociarse al señor Lipowski, para la curación de alguno que paga bien.

El caso del señor Lipowski, no es sino uno de los tantos que son lugar común entre nosotros i que forman toda esa cohorte de charlatanes, empiricos, herbolarios, etc. que hace tiempo nos agobia. Es urgente que las instituciones médicas, concientes del papel que le corresponde, inicien enérgica campaña para desterrar de nuestro suelo plaga tan peligrosa para la sociedad. Por su parte el Centro de Estudiantes de Medicina, ha nombrado una comisión, que estudie el asunto en todas sus faces, para poder elevar al Gobierno el memorial correspondiente.

En nuestro próximo número haremos conocer los resultados de esta comisión.

CUESTION ESTUDIANTIL

POR LA ENSEÑANZA DE FISICA MEDICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Publicamos la nota que el catedrático Dr. Anibal Corveto ha dirigido a la Facultad de Medicina, expresando sus conceptos sobre la enseñanza del curso que a satisfacción general regenta.

CATEDRA
DE
FISICA MEDICA.

Lima, 14 de Noviembre de 1920.

Señor Decano de la facultad de Medicina

Tengo el agrado de dirigirme a U. para poner en su conocimiento que la cátedra de Física Médica clausuró sus clases el 6 del mes en curso, habiéndose dictado 52 lecciones, durante las cuales se ha desenvuelto, de modo completo i amplio, el programa que tuve a bien presentar a ese Decanato a principios del presente año.

La manera como se ha hecho la enseñanza de la clase de Física Médica bien se comprende, dada la carencia de un gabinete apropiado, ha sido por demás deficiente en lo que se refiere a las demostraciones prácticas. Apenas si ésta se ha reducido a la enseñanza objetiva del poco material de Física que anda disperso por los laboratorios i las clínicas de la Facultad, i que el suscrito a dura fatiga lograba reunir. En lo que hace a la práctica directa de los alumnos para acostumarlos i familiarizarlos al manejo de los distintos aparatos, ha sido nula contra todas mis esperanzas pues contaba con que los alumnos podrían hacer una modesta práctica, bajo mi dirección, en electricidad i radiología; pero resultaron vanos mis esfuerzos, entre otros motivos, por el excesivo número de alumnos i por la falta de elementos en los lugares donde podía haberse hecho esa práctica.

No es posible que esta enseñanza siga así. Es de todo punto imprescindible i necesario preo- cuparse por iniciar la formación de un gabinete

de Física Médica, i completarlo dentro del menor tiempo que se dispone. La labor del catedrático—no hai que gastar palabras en demostrarlo—será mas eficiente, i el alumno podrá adquirir con suma facilidad i provecho las enseñanzas de esta cátedra, hoy de importantísimas i trascendentales aplicaciones en todos los terrenos de las Ciencias Médicas.

Si como parece, hasta ahora, el Gobierno no se preocupa de poner al alcance de la Facultad los medios económicos necesarios para llenar esta resaltante deficiencia de nuestra enseñanza, toca a ella, dentro de sus rentas i de modo paulatino, señalar una suma discreta, designada cada año para, con su propio peculio, formar este gabinete; cuya falta, hai que decirlo con toda franqueza, es uno de los lunares que mas han afeado, i afean, los métodos docentes de esta histórica Facultad.

La demora, pues; del Gobierno para cumplir lo ofrecido a la Facultad, la obliga a optar por el temperamento que dejo señalado i que propongo a su ilustrado criterio.

Pronto, Señor Decano, me será grato remitirle una lista de los aparatos que juzgo necesarios para un gabinete de Física Médica.

No concluiré sin dejar constancia que, de parte de mis alumnos durante el año, encontré toda clase de respetos i consideraciones hacia mí, lo que facilitó mi tarea; i que accedieron solícitos a todos los requerimientos que les hice para la mejor enseñanza de la cátedra que se ha confiado a mi dirección.

Aprovecho esta oportunidad, Señor Decano, para ofrecerle una vez mas los sentimientos de mi consideración mas distinguida.

Dios le guarde.

ANIBAL CORVETO.

CUESTIONES ESTUDIANTILES

LOS EXAMENES EN LA CATEDRA DE FISILOGIA

Un hecho que no debe repetirse

Casi podemos decir que está formado en el ambiente estudiantil, la conciencia del absurdo pedagógico que significa el examen final, como medio de apreciación de la capacidad del alumno a fin de año, i muchos son los estigmas que pasan sobre él, para que

no pensemos en buscar i ensayar cuanto medio esté a nuestro alcance para desterrar de nosotros esto que constituye un verdadero atentado contra nuestras mentalidades, o por lo menos para sustituirlo por pruebas más racionales i prácticas.

No deseamos en la presente ocasión extendernos en consideraciones demostrativas de nuestro aserto, que por lo demás ellas están en el espíritu de maestros i alumnos, sino solamente llamar la atención hacía un hecho,—que es demás un argumento más i de gran valor a favor de la tesis que sostenemos—inconcebible en estos tiempos de reforma, ocurrido en la cátedra de Fisiología, durante los exámenes últimos de diciembre pasado.

Es penosa tarea la que nos hemos impuesto todos aquellos que pusimos en el movimiento estudiantil del anteaño pasado la suma de nuestros mejores entusiasmos i rebeldías, al servicio de una causa que creemos sagrada, la de permanecer siempre avizores para todo aquello que signifique menoscabo de las conquistas alcanzadas o una regresión a los oscuros tiempos en que hasta hace poco vivió nuestra facultad. I es un penoso deber, tanto más, cuanto que en nuestro ardoroso i juvenil optimismo, no quisiéramos que nada viniera a turbar la noble tarea en que patrióticamente—nos empeñamos, elemento director i estudiantil.

La enseñanza de Filosofía constituye todavía en nuestra Facultad, una de aquellas aberraciones que hasta hace poco eran lugar común en nuestra vida estudiantil. I, para ser francos, nunca la crisis en la enseñanza de aquella ciencia, que para Claudio Bernard, era la única en Medicina, se ha hecho más honda, por dolorosa ironía, que en el primer año de la Reforma.

No se concibe cómo en una época en que el criterio fisiológico lo informa todo en Medicina, exista todavía una Universidad—la más antigua de un Continente—en la que no se enseña Fisiología, que tal puede decirse del estado de esta cátedra entre nosotros. Las conciencias directoras de nuestra Facultad, no pueden permanecer por más tiempo sordas ante el clamor de toda una juventud, ávida de ciencias, que exige se ponga remedio a algo que significa un agravio a nuestra decantada cultura.

Conocen los lectores de esta Revista todas incidencias ocurridas en la citada cátedra de Fisiología, durante el año pasado, toda la serie de remiendos i componendas que la complacencia de la Facultad autorizó en ella, i el absurdo estado de cosas creado ha tenido su digna culminación en la actitud del señor catedrático, resucitando métodos en boga en ocasiones anteriores a la Reforma i que merecieron el repudio de los estudiantes. Le ha bastado exigir a los alumnos del 3.º año, a que pertenece la cátedra, la repetición ante el jurado de un trabajo escrito, *ad-hoc*, i que bondadosamente i entre los apremios de la clausura de cla-

ses los hiciera presentar, para conocer de modo absoluto la suficiencia de cada uno de ellos, en una ciencia, para cuyo estudio no bastaría toda una existencia i a cuyo servicio se han sacrificado tantas poderosas inteligencias i tantas nobles vidas.

No sabemos cuales hayan sido las razones que el señor catedrático tuvo en cuenta para adoptar tan insólita actitud, i de intento nos abstenemos de prejuzgar sobre ellas, pero cualesquiera que fueran, el original método de examen ideado i que tan entusiasta admiración provocó en los primeros instantes, en los miembros del jurado, que asistieron en cada alumno a un verdadero torneo de oratoria, es en nuestro modesto concepto—i parece que también en el de la Facultad, que ha querido piadosamente correr un velo sobre el asunto, negándose a dar lectura en sesión la nota de protesta que el C. E. M. enviara, cosa nunca ocurrida en ella, aún en ocasiones de manifiesta gravedad, solidarizándose así con su silencio a nuestra justa indignación—constituye un verdadero atentado contra las más elementales nociones de Pedagogía. Pero el aspecto más doloroso de esta actitud, ha sido que ella ha logrado anarquizar a un año que fuera orgullo en la reforma i que hasta ayer constituía un hermoso núcleo de nobles rebeldías i supremos anhelos.

Tenemos sin embargo la satisfacción íntima de declarar que este daño sólo puede ser pasajero. Estamos seguros de ello, i por eso creemos que el porvenir mostrará siempre a los revolucionarios de ayer dignos de sí mismos i de la hermosa bandera que enarbolan. Mediten en ello, cuantos pretendan desviar a esta fuerte falange juvenil, del hermoso camino que tiene trazado. Arrojará de su templo a quienes intenten profanarlo.

LUIS F. BUSTAMANTE.

Alumno del 4.º año de Medicina.

UN PROYECTO INTERESANTE

El doctor Julián Arce, prestigioso catedrático de Enfermedades Tropicales ha presentado a la consideración de la Facultad, el importante proyecto que a continuación publicamos i que no viene a ser sino una hermosa cristalización de un anhelo hondamente sentido entre nosotros i que los estudiantes hemos proclamado desde los primeros momentos de la Reforma, haciéndolo constar así en repetidas ocasiones en los memoriales elevados a la Facultad.

Por no disponer del tiempo necesario, reservamos para nuestro próximo número el dictámen que el proyecto ha merecido a la

comisión de reglamento de la Facultad i el memorial que sobre el mismo i las ampliaciones propuestas por la Comisión, ha merecido al Centro de Estudiantes de Medicina.

El catedrático que suscribe:

Teniendo en consideración:

- 1°—Que alguna de las reformas introducidas en el plan de estudios del año que termina, no han correspondido a los fines que las inspiraron;
- 2°—Que se han creado nuevas asignaturas, que es preciso considerar en el plan de 1921.
- 3°—Que para el mejor acierto de las reformas que exigen los anteriores considerandos, así como los progresos incesantes de la ciencia i la renovación consiguiente de los métodos de enseñanza, es indispensable el nombramiento de una comisión especial de catedráticos, que se encargue de estudiar i determinar, anualmente, el plan de estudios que debe seguirse.

PROPONE:

- 1°—La Facultad de Medicina elegirá una comisión compuesta de seis catedráticos que, bajo la presidencia del decano, estudiará i fijará, cada año, el plan de estudios correspondientes.
- 2°—Las resoluciones de esa comisión, para ser efectivas, deben contar siempre con el voto de cinco de sus miembros, cuando menos;
- 3°—La comisión constará de dos médicos, dos cirujanos, un especialista i un profesor de laboratorio, presididos por el decano.
- 4°—El personal de la comisión se renovará a la vez que el de la junta directiva, pudiendo ser reelegidos sus miembros.

(Firmado) JULIAN ARCE.

Lima, 30 de diciembre de 1920

Dese cuenta a la Facultad.

(Firmado) ODRIUZOLA.

Lima, 30 de diciembre de 1920

Galería de Maestros



Dr. Constantino J. Carvallo
Catedrático libre de Ginecología

Sociedad Médica Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina



COMITE DIRECTIVO DEL AÑO DE 1921

Presidente	E. S. Guzmán Barrón.
Secretarios	Luis F. Bustamante y Federico La Rosa Toro.
Tesorero	Gonzalo Rodríguez.
Bibliotecarios	Oscar Soto y Fernando Loayza.
Vocales	Carlos Showing, Alberto Badani, César Arméstar, José Gamero, Carlos A. Solari, Alejandro Vivanco, Alfredo León, Luis A. Montoya.



CUADRO DE COMISIONES

Comisión de Publicaciones.

Carlos Showing, Juan F. Valega,
Juan Monteverde. Telémaco Battistini,
Pedro Weiss, Amador Merino Reyna,
Luis F. Bustamante.

Comisión de Conversatorio Clínico.

Oscar Soto, S. Sánchez Checa' José Linares, Pedro
Weiss, Samuel Lozada B.

Comisión de extensión universitaria.

Luis F. Bustamante, Juan F. Valega, Leoncio Ro-
cha, Aristóbulo Chávez H, Eduardo Goicochea.

Comisión de conferencias y cursos libres.

César Arméstar, C. Corzo Masías, Jorge de Piérola,
Luis Piccone.

Comisión de hospitales y beneficencia.

Armando Coz, José A. Linares Jesús Henández Ga-
marra, César Arméstar, José Gamero.

Comisión de Sport.

Alfredo León, Rolando Colaretta, Alberto López,
Moisés Collado.

TALLERES GRAFICOS
DE LA
PENITENCIARIA
1921